التوحد ووسائل علاجه

الدكتور

محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي

دار العلم والإيمان

للنشر والتوزيع

616.85883

و . ا

محمود عبد الرحمن عيسى . الشرقاوي ،

التوحد ووسائل علاجه / محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي .- ط1.- دسوق : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

348 ص ؛ 17.5 × 24.5سم .

تدمك : 9 -588 – 308 – 977 – 978

1. التوحد (أطفال) .   2.علم النفس.

أ -العنوان .

رقم الإيداع :16971 .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز

E-mail**: *elelm_aleman@yahoo.com***

elelm_aleman2016@hotmail.com

2018

آية قرآنية

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا ۖ إِنَّكَ أَنتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

صدق الله العظيم

(32) البقرة

الفهرس

قائمة المحتويات

النظرية النفسية
نظرية العقل
النظرية السلوكية
النظرية الإدراكية
النظرية الحركية
أعراض التوحد
أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة.
ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدى في النصف الثاني من العام الأول من عمره :
ثالثاً : الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحد :
تشخيص الاضطراب التوحدي

صعوبات التشخيص .
محكات التشخيص .
أدوات التشخيص .
فريق العمل الكلينيكي ودور كلاً منهم في التشخيص .
التشخيص الفارق .
الفرق بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المتشابهة
الأوتيزم – الإعاقة السمعية
الأوتيزم – فصام الطفولة
الأوتيزم- اضطرابات التواصل
الاضطرابات النمائية الأخرى
أشكال التوحد

المحور الأول : دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليلمن سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً .
المحور الثاني : دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين .
المحور الثالث : دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين
المحور الرابع :
دراسات تناولت علاج اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين.
دراسات تناولت استخدام العلاج باللعب في تخفيف اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين وتنمية اللغة والتواصل بينهم .
الفصل الثالث : علاج التوحد

العلاج النفسي
العلاج السلوكي
العلاج الطبي
العلاج الموسيقي
العلاج باللعب
العلاج بالقرآن الكريم
برنامج العلاج بالحياة اليومية
العلاج بالإبصار
العلاج بالتمرينات البدنية
العلاج بالنظام الغذائي والفيتامينات
العلاج بالمعايشة

مقدمة الكتاب

تعتبر مشكلة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من المشاكل التي يجب أن يخصص لها قدراً كبيراً جداً من الاهتمام والرعاية حتى نستطيع أن نحقق نفعاً نعود من خلاله بأثر واضح وفعال في صورة منتج يحقق الكفاءة الشخصية والاجتماعية والمهنية لهؤلاء الفئة من الأطفال التي قدر لها أن تكون على هذه الصورة ، ولنحاول أن نزيد من توافقهم في المجتمع مع أقرانهم من الأسوياء. من خلال استثمار إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة بهم وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه .

ولقد اهتم الدين الإسلامي بالنمو المتكامل للشخصية في شتى صورها حيث يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه الكريم:

۞ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُم مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا [سورة الإسراء: الآية 70]

كما وجهت السنة النبوية الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية ، حيث أشار النبي ﷺ إلى ذلك بقوله "نحن معاشر الأنبياء ننازل الناس منازلهم ونكلمهم على قدر عقولهم " صحيح البخاري.

وتشير(نعمات رقبان ، 2006، 4-5) إلى أنه عند تقديم المساعدة لتأهيل الطفل المتخلف عقلياً فإنه علينا ملاحظة بعض النقاط الهامة منها :

أن كل طفل حالةً خاصة منفردة ، فالفروق بين الأطفال المعاقين عقلياً متفاوتة ولا يمكن تطبيق الأساليب التربوية الناجحة بالنسبة لطفل على طفل آخر .

إيمان الأسرة بأن إمكانية تعليم وتدريب الطفل شيء أساسي ، فلو فقدت الأسرة الحماس أو شعرت بأن الجهد المبذول جهد ضائع فمن المؤكد أن الطفللن يتقدم في أي شيء .

ليس المهم الكمية التي يتعلمها الطفل بل الأهم بالنسبة له هو نوع التعليم فلا يفيد الطفل أن يقضى ساعات طويلة في تعليم مهارات بشكل جيد بل المفيدأن يقضى فترة بسيطة في التعليم تكون بشكل صحيح ومدروس لتكون النتيجة أفضل .

نمو الطفل المعاق عقلياً أبطأ من الطفل العادي فمعرفة مراحل النمو الطبيعية للأطفال الأسوياء تساعد في تقديم برامج تأهيلية ناجحة للطفل المعاق وتجعله يلحق بقدر الإمكان بإطار النمو الطبيعي ،فعندما نقول أننا نُعلم الطفل شيئاً يعنى أننا نعطيه معلومات أو مهارات أو خبرات لم تتوفر لديه من قبل فكلمة تعلم لا تنطبق فقط على المواد الدراسية بل هي أعم من ذلك

وتشمل كل ما يكتسبه الطفل من الميلاد وحتى لحظة الموت ، وما نُعلمه للطفل لابد أن يكون مفيداً له ويدفعه للتطور والنمو .

ولذلك يشير (عبد الحميد حكيم ، 1999، 12) إلى أن النصف الثاني من القرن العشرين شهد تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقلياً تمثل على المستوى العلمي في العديد من الإعلانات والمواثيق العالمية التي صدرت عن هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة والتي شملت الأهداف التالية :

مساعدة ذوى الاحتياجات الخاصة على التكيف الجسمي والنفسي مع المجتمع .

تشجيع الجهود المبذولة على الصعيدين الدولي والوطني لتقديم المساعدة والتدريب والإرشاد لذوى الاحتياجات الخاصة وإتاحة فرص العمل المناسبة لهم وتأمين اندماجهم الكامل في المجتمع .

تشجيع مشاريع الدراسة والبحث الرامية إلى تيسير مشاركة ذوى الاحتياجات الخاصة في المشاركة في مختلف نواحي الحياة .

تشجيع اتخاذ تدابير فعالة للوقاية من العجز لإعادة تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة .

ولقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقا إنسانيا تقننه التشريعات والقوانين (أسماء السرسي وأماني عبد المقصود ، 2002).

وتؤكد الدراسات التربوية والنفسية الحديثة في الآونة الأخيرة على أهمية مفهوم الكفاءة الاجتماعية وعلى استغلال طاقات الطفل التي يعتبرها علماء النفس غاية في النشاط والقوة في سنوات العمر الأولى وجعل هذه الطاقات تصب في دافع ومحرك ذهني الأمر الذي ينمى حتما مهارات وقدرات الأطفال المعاقين عقليا وهذا لا يتأتى إلا من خلال البرامج التدريبية السلوكية ، والبرامج العلاجية المتنوعة لما لها من أهمية في تنمية فاعليتهم الذاتية والحد من مشكلاتهم السلوكية .

ويعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة ، فهو شكلمن أشكال الاضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض الذي يرتبط بأسباب الإصابة والتشخيص وطرق العلاج فهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة . (pervasive desearch Council,2001) لأنه يبدأ في السنوات الأولى من العمر ومثل كل الاضطرابات أو الإعاقات التي تبدأ مبكراً ، فأنه يؤثر في جوانب النمو المختلفة لدى الطفل ، فيترك آثاراً سلبية على تلك الجوانب ،

فقد يؤثرعلى النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام . بحيث يتشكل لدى الأشخاص ذوى التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي (سها أحمد أمين ، 2001).

ويرجع الفضل إلى العالم" ليوكانر Leokanner (1943)" في بزوغ مصطلح "الأوتيزم Autism " حيث لفت اهتمامه أنماطا سلوكية غير عاديةلأحد عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا فقد لاحظ استغراق هؤلاء الأطفال المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وبعدهم عن الواقعية وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث فهم دائمو الانطواء والعزلة ، ولا يتجاوبون مع أي مثيربيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم.

(Schopler, 1992: 3,wagner,2001: 1,Otten,et al,2004:.1).(عثمان لبيب فراج،1994) .

ومصطلح أو كلمة التوحد مشتقة في الأصل من الكلمة اليونانية (الذات) وربما تم اختيار تلك الكلمة أو المصطلح هذا تحديداً ليصف أعراضاً معينة لما لهامن دلالة هامة وهى أن مصطلح التوحد يشير بشكل أو بآخر إلى أعراض محددة

وتظهر تلك الأعراض في الطفل المصاب حيث نجده كما لو إنه يعيش في عالمه الخاص به أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لا يراهم (Davis, B, 2002: 13) .

والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالاتالتي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونوا طبيعيين أو أذكياء جداً أو متخلفين عقلياً . (كريستين مايلز ،1994: 185) .

وقد بدأ الاعتراف بالتوحد كاضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكرة حيث كان هناك خليط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام 1978 مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان التوحد الطفولي .إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زملة أعراض التوحد و زملة أعراض الفصامفي الطفولة . (رشاد موسى ، 2002: 387) .

وفي عام 1912 استخدم الطبيب النفسي أُوجين بلولر (Eugen Bleruler) كلمة توحد وكان يقصد بها آنذاك الهروب من الواقع فعندما نقول أن هذا شخص توحدي فنحن نعنى بذلك أنه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند(بلولر) هو الذهان (Corbier, 2004: 13) .

والشخص التوحدي ذو شخصية مغلقة وهو ملتفت إلى داخلهومنشغل انشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبيرفي الخيال ونراه دائما منشغلاً انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقلوبة كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة بالإضافة إلى اللامبالاة تجاه الوالدين والآخرين ومقاومة التغيير . وعيوب في النطق .

وفى هذا الكتاب نحاول أن نتعرف على فئة الأطفال التوحديون ونلقى الضوء على أسباب التوحد ، وأعراضه ، وتشخيصه ، وأشكاله ، ومشكلات الطفل التوحدى وما قدم من دراسات سابقة لنقف على الكثير من البرامج العلاجية لهذه الإعاقة النمائية .وأسأل الله تعالى أن يوفقني وأن أنفع بما أُقدمه عامةً وخاصةً لهذه الفئة من الأطفال التوحديون وأن يجعله الله في ميزان حسناتنا .

وأخيراً فإن الكمال لله وحده وإن كان فيما قدمتُه بعض القصور فهذا من طبيعة البشر ، وإن كانغير ذلك فتوفيق من الله عز وجل .

وما توفيقي إلا بالله.

المؤلف.......

الفصل الأول

التوحــد.

مقدمة :

يعتبر" ليوكانر" Leokanner,1935 أول من تعرض لإعاقة التوحد(الطفل الأوتيزمى) كإعاقة مستقلة ذات أعراض مختلفة عما هي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كما أنه ميز بينها وبين فصام الطفولة وعرفت في وقتها بأعراض الطفل التوحدى أو الأوتيزمى ، حيث لاحظ على هؤلاء الأطفال التوحديون استغراقهم المستمر في الانغلاق الكامل على الذات والتفكير الإجترارى النمطي الذي تحكمه الحاجة الذاتية والاهتمامات الجزئية بعيداً عن الواقعية ، وعن كل من حولهم من الأفراد والمثيرات التي قد يستجيبوا لها من ظواهر وأحداث صغيرة للبيئة بطريقة يتشابهون فيها مع المعاقين سمعياً . ويفشلون في تكوين علاقات اجتماعية وإقامة تواصل مع الآخرين .

ويعتبر اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعانى منها وقابلته للتعلم أو التنشئة الاجتماعية Socializayion أو التدريب على الإعداد المهني أو تحقيق أي قدر على العمل ،

أو درجة ولو بسيطة من الاستقلال Independent الاجتماعيSocial والاقتصادي Economic أو القدرة على حماية الذات ،إلا بدرجة محدودة وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال (عبد الرحمن سليمان ، 2001) .

ويطلق (عبد المنعم الحفني ، 1978) : على الذاتوية " إعاقة التوحد " مصطلح الانشغال بالذات ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي والانشغال بالذات-من وجهة نظره - هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام والمسافر في الماء ويخيل أنه يرى نبعاً عن بعد ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها .

إلا أنه بدأ ينظر لهذه الفئة كفئة يطلق عليها الأوتيزم أو التوحد في الستينات من القرن الماضي مع التشابه في ذلك الوقت بين فصام الطفولة والتوحد حتى الثمانينات وذلك بعد صدور الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية والعلية DSM الثاني .

وقد بدأ الاعتراف بالأوتيزم كاضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكر حيث كان هناك خلط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام 1978 مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان الأوتيزم الطفولي Infantile Autism إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زملة أعراض الاوتيزم وزملة أعراض الفصام في الطفولة

حيث يتسم الأول بالدلالات الكلينيكية التالية : فالطفل الأوتيسى عاجز عن التفاعل مع الآخرين مما يجعل أبويه يصفونه بأنه مستقل وغير معتمد على الآخرين ، وأنه يفضل الوحدة ولا يشعر بوجود الآخرين وأنه يدرك الآخرين وكأنهم جوامد .

وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال يرتبطون بالموضوعات والأشياء الكثر من ارتباطهم وتفاعلهم مع الناس فإن مشكلاتهم ليست في حاجاتهم للوعي (أو نقصان الوعي عندهم) لأنهم على دراية ووعى بالآخرين ووجودهم ولكنهم محدودين في تفاعلهم معهم وقد لاحظ (ليوكانز) أنه على الرغم من رغباتهمفي البقاء وحيدين ونمطيتهم وتفضيلهم اللعب بالشيء نفسه إلا أنهم يتقبلون عدداً محدوداً من الناس يمكن أن يخرجهم من العزلة وان هذه الاجتماعية تزدادمع تقدمهم في العمر . (Bergman. J & gerdyz. , 1998, 66)

ويندرج التوحد كفئة مستقلة في كل من الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث المعدل (1987) ضمن فئة واسعة للاضطرابات السلوكية الناتجة عن اضطرابات انفعالية وسوء التوافق الاجتماعي وذلك مع التشابه في اضطرابات اللغة وبروفيل الشخصية وعدم التمييز المعرفي الناتج عن اضطراب الإدراك وصعوبة التفاعل الاجتماعي وفى الدليل الرابع (DSM-IV) (1994) ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية الوجدانية .

(1) تعريف التوحد :-

اختلف الباحثون في استخدام مصطلح واحد للتعبير عن اضطراب التوحد فالبعض يطلق عليه (التوحد) ، والبعض يسميه (أوتيزم) وآخرون يسمونه الذاتوية (الذاتوية الطفلية) ويرجع هذا الاختلاف إلى عدم الاتفاق في ترجمة المصطلحات الأجنبية التي تعبر عن الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في مراحله العمرية المبكرة والتي تختلف كثيراً عن الإعاقة الذهنية المعروفة وأن المصطلح الأجنبي المعبر عن أعراض ومظاهر الاضطراب (أوتيزم) كان من الممكن أن يظل كما هو بلا ترجمة شأنه شأن مرض الهستيريا أو مصطلح (Hysteria) حيث شاع استخدامه كما هو ، وظل للآن يعبر عن زملة من الأعراض المرضية النفسية والحركية ، واتفق عليها الجميع إلا أن الأمر قد اختلف عند تناول هذا الاضطراب النمائي الطفولى ، حيث بدا لبعض الباحثين أنه نوع من انشغال الطفل بذاته فسماه (الذاتوية الطفلية) وبدا للبعض الآخر أنه اجترار لأنماط سلوكية خاصة بالطفل وحده فسموه (توحد) أو "الاجترارية" أو" التكرارية"(علا عبد الباقي إبراهيم ، 2011 : ص 11) .وهو مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي ، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ،

ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عاله الخاص(Howlin. P. 1995 p31) .

وتشير (كرستين نصار ، جانيت يونس ، 2009 ، ص 20) إلى أن التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية DSM IV هو اضطراب يغزو النمو ويؤدى إلى انفصال مرضى عن الواقع يتزامن مع انطواء على الذات ، ولكن وجود عدد من المتوحدين يملكون حياة اجتماعية شبه عادية أدى لنشوء مفهوم يأخذ مؤشرات أخرى غير المؤشر الطبي بالاعتبار ويشمل تعبير" يغزو النمو" (زملة اسبرجر Syndrome d,Asperger ، وزملة رت Syndromde Ret ، واضطراب التفكك فى الطفولة disintegrative de L, enface Le trouble واضطراب النمو غير المحدد .)

ويعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات انتشارًا ، ويتميز بوجود تأخر حاد في مجالات النمو المختلفة مثل التفاعل الاجتماعي ، ومهارات التواصل وصعوبات اللغة ، وضعف الاهتمامات والأنشطة ، بالإضافةإلى وجود بعض الاضطرابات السلوكية مثل الحركات النمطية والعدوانية وإيذاء الذات . علاوة على ذلك فقد أوضح الكثير من الباحثين أن التأخر في النمو وسوء التوافق الاجتماعي يعتبر أكبر مشكلة تواجه الطفل التوحدى. (Nikopoulos,C.,and Keenan, M.,2003,p.87)

وتشير الجمعية الأمريكية للتوحد في تعريفها للتوحد أنه نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً للأشياء أكثر من الاستجابة للأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أى تغيير يحدث في بيئتهم ، ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة. (Scheuermann,B. and Jowebber. 2002, p,11- 2) .

يتضمن تعريف الجمعية الوطنية في المملكة المتحدة للأطفال التوحديين خصائص وصفات الفرد التوحدى بالأعراض التالية :-

اضطراب في سرعة النمو ومراحله.

اضطراب في الكلام واللغة والتمييز المعرفي .

اضطراب بل وعجز في الاستجابة للمثيرات الحسية .

اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات .

وقد قدم محمود حمودة (1991) ملامح صورة كلينيكية للطفل التوحدى من ثلاث مكونات تصور الاختلالات التي تصف الطفل المصاب بـهذا الاضطراب:

النمطية اللفظية Verbal Stereo Types .

الاختلال في النشاط التخيلي .

الاختلال في التواصل مع الآخرين .

أولاً : النمطية اللفظية (VST) .

وتشتمل على تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى ، وأحياناً يكون التكرار للتذكر قصير الأمد وتكرار الكلمات وأشباه الجمل لديه تتكرر مرات عديدة بدون المواقف الاجتماعية المناسبة لها .

ثانياً : الاختلال في النشاط التخيلي .

ويشتمل على غياب استخدام الرموز والإشارات أو اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات والدمى وغياب لعب أدوار الكبار (اللعب الاجتماعي) ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام والاهتمامات البيئية ومقاومة التغيير في البيئة ، ويؤدى بعض السلوكيات الآلية النمطية مثل التصفيق بالأيدي أو اللعب ببعض الورق والخيوط دون إبداع لفترات طويلة ، وحركة الجسم بطريقة روتينية ، وكذلك الانبهار من الأجسام المتحركة ، ويعطى اهتماماً أحياناً لأجزاء من جسمه .

ثالثاً : الاختلال في التواصل مع الآخرين .

ويشتمل على المهارات اللفظية وغير اللفظية كالإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه . وقد تغيب اللغة كلية ، وقد يوجد بدايات لغة خاطئة دون معنى ونضج فالبعض منهم يردد أحياناً كلام غير مفهوم وركيك ، مع ترديد بعض الكلمات مباشرة أو مع إرجائها غير موقعها المناسب واستعمال الضمائر الخاطئة فلا يوجد فرق بين استعمال أنت أو أنا أو هو ، وعدم القدرة على تسمية الأشياءأو استعمال المصطلحات المحددة ،

وأحياناً يستعمل لغة لا يفهمها من حوله مجازية ويفهمها الملاحظين أو المقيمين مع الطفل . واللغة المنطوقة على وتيرة واحدة والتواصل غير اللفظي مثل الإيحاءات الانفعالية وتغيرات الوجه تكون غير مناسبة للموقف الاجتماعي ولا يفهم التعبيرات اللغوية للآخرين مثل الفكاهة .

ويضيف محمود حمودة (1991) إلى الصورة الكلينيكية السابقة ستة عشر صنفاً لهذا الاضطراب ، ويشترط وجود ثمانية أعراض منها على الأقل لتشخيص الطفل الأوتيزمى . وقسمها إلى مجموعات ثلاث هي نفسها المكونات الثلاث للصورة الكلينيكية بصورة أكثر تفصيلاً :

أولاً : وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل .

خلل بارز في القدرة على عمل صداقة مع الآخرين .

لا يشترك في اللعب الاجتماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الفردي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة .

عجز ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر للآخرين .

لا يحاكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكي بصورة ناقصة أو جزئية أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة له بالموقف بصورة تكرارية .

لا يبحث عن الراحة وقت المرض أو يطلب الراحة بطريقة ملحة أو شاذة.

ثانياً : خلل كيفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفى النشاط التخيلي .

لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهى أو الإيماء أو التواصل الحركي .

التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ كما في كثرة استخدام الحملقة بالعينين "عدم الابتسام أو النظر للآخرين " ولا يعرف التقاليد كالاحترام والترحيب .

غياب النشاط التخيلي وأيضاً اللعب الاجتماعي والشخصيات الخيالية والروايات والقصص الخيالية .

يظهر شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام مثل ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع وأحياناً الكلام على وتيرة واحدة

يظهر شذوذ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية مكررة مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي واستخدام الكلمات في غير مواطنها من الجمل وأخطاء في استخدام الضمائر .

عجز في القدرة على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود الظروف المناسبة للحديث .

ثالثاُ : النقص والعجز في الأنشطة والاهتمامات .

ضيق ملحوظ وفقر في الاهتمامات والانشغال باهتمامات ذاتية جزئية أحياناً اهتمام واحد جزئي بأعضاء الجسم ، بأوراق وخيوط وغيرها .

(2) الإصرار غير المناسب على إيقاع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند قضاء بعض الأعمال .

(3) التوتر و الاضطراب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة ولو كان ضعيفاًمثل تحريك كرسي أو أباجورة .

(4) الحركات الآلية للجسم مثل لف الرأس أو الجسم أو النقر بالأيدي .

(5) الانشغال الدائم بإجراء مثل شم بعض الأشياء أو حملها .

يعرف التوحد بأنه " اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية" (إسماعيل بدر ،1997: 731) .

ويشير (عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطي ، 1992) : في تعريفهم للتوحد : "على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة أو في مجال العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاث سنوات الأولومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذوى المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر ".

وتعرفه نادية أبو السعود (1998):" بأنه ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشعوري والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطا مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والإصرار على الروتين والكثير من الحركات الآلية" .

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية (plmH. 1998)على أنه: " تشويش على العقل الذي يؤثر على قدرة الأطفال على الاتصال ، وإقامة علاقات مع الآخرين وبعض التوحديون قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي ، وبعضهم محصورون داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة ومشكلات اجتماعية وحسية تؤثر على سلوكهم وقدرتهم على التكيف مع الحياة" .

ويوضح (appie,et al) (2005-23) :" أن الأطفال التوحديون ذوى النشاط الزائد منبوذون اجتماعيا لعدم قدرتهم على التفاعل مع الأقران ، كما أنهم يكابدون في مساراتهم التكرارية ،تكرار أدوارهم المقيدة والطقوس النمطية لديهم" .

ويطلق (فتحي عبد الرحيم ،1990) : على الذاتوية " إعاقة التوحد " لفظ التمركز الذاتي ويعتبر بالإضافة إلى شيزوفرونيا الطفولة من الاضطرابات السلوكية الحادة التي تصيب الأطفال في فترات الطفولة المبكرة والمتوسطة وذلك منذ أن ميز (ليوكانر) (1943) التركيز الذاتي كنوع مستقل من اضطرابات السلوك التي تحدث في وقت مبكر من حياة الأطفال بخلاف شيزوفرونيا الطفولة المتوسطة ومنذ ذلك الحين والحوار يدور بين الأطباء النفسيين حول ما إذا كن التمركز الذاتي يعد حالة منفصلة عن ذهان الطفولة أم لا .

ويشير (فاروق صادق ، 2003: 62)إلى أن:" التوحد نوع من الاضطرابات في النمو والتطور تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر وتؤثر على مختلف جوانب النمو السالب والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ، ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطوري مدى الحياة (أي لا يحدث شفاء منه) ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل" .

ويشير (سليمان عبد الواحد يوسف ، 2010، 155) إلى التوحد: "بأنه أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تظهر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل ويؤثر تأثيراً شاملاً على كافة جوانب نموه العقلية والانفعالية والاجتماعيةمع قصور واضح في التواصل اللفظي مع مصاحبته بسلوكيات نمطية شديدة ومتواترة ويظهر عادة بنسبة كبيرة في الذكور عن الإناث" .

ويعرفه (أحمد فتحي عكاشة، 1998) : " بأنه حالة من القصور المزمن في النمو ، تظهر أعراضه خلال الثلاث سنوات الأولى ويصيب حوالي خمسة أطفال من كل 10000 ولادة وبسبة أكبر بين الذكور عنه لدى الإناث ويحدث في كل المجتمعات بغض النظر عن اللون أو الأصل أو الخلفية الاجتماعية بل ربما تكون العوامل المسببة عوامل عضوية تعزى إلى خلل في بعض الوظائف المخية والجهاز العصبي المركزي" .

وانه ذلك الاضطراب الذي يتضمن قصور في التواصل الاجتماعي والانفعالي وتأخر في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام والترديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير .

. (Osterling . J, 1994, p 257).

ويشير (محمد صبري وهبة : 2004) أن : "التوحد أو الذاتوية نوع من الإعاقة سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي ويتميز بنفس القدرة على الإدراك الحسي واللغوي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انطوائية تعزل الطفل عن الوسط المحيط فلا يكاد يحس بما يدور حوله هذا ، ويصاحب التوحد متلازمات أخرى مثل " متلازمة Fragile Syndroom" حيث بروز الأذن ومرونة المفاصل والإعاقة الذهنية كما يصاحبه" مرض اسبرجر Asperger "حيث لا يميلون لتكوين العلاقات الاجتماعية هذا وقد أكدت ألدراسات في مركز الأبحاث بجامعة كامبردج أن نسبة حالات التوحد تكون 75 حالة لكل 10000 حالة في حين أكدت الدراسات الأخرى خمس حالات لكل ألف حالة".

وتشير (كريستين مايلز ، 1994) إلى أن: " التوحد حالة غير عادية لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونون طبيعيين أو أذكياء جداًأو متخلفين عقلياً" .

ويشير (أحمد فتحي السحيمى ، 2011) في تعريفه للتوحد :

" أنه عجز يعيق تطوير المهمات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي ، وهو اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلاتفي المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقاتمع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرةعلى التصور البناء والملائمة التخيلية ".

ويشير (ذكريا الشربيني ، 2004) إلى أن : " التوحد هو اضطراب نمائي يعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعور المصاب بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية ، فينخرط في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون مع الطفل بينما يعايشها الطفل بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره وبطريقته الخاصة" .

ويعرف (Lewis & Volkmar,1990,121) التوحد : "بأنه اضطراب نمائي يتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية ورغبة في المداومة على الأعمال الروتينية ، وعادة ما يرتبط بالتخلف العقلي".

ويتفق كل من بارى وآخرين Barry et al (2003: 685)،باس ومويك Bass &Mulick (2007: 727) ، أكشوموف Akshoomoff (2006: 274) وريفيس Reavis (2003): " على أن التوحد ما هو إلا إعاقة في جوانب النمو المختلفة ، حيث يعانى الأطفال ذو التوحد من إعاقات واضحة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتنوعة مثل الاتصال بالعين ، والتغيرات الوجهية والتغيرات البدنية ، والإشارات المستخدمة . كما أنهم يفشلون في مراقبة تأثير سلوكياتهم على الآخرين ، مما يتضح أثرة في صعوبة اكتساب المهارات .

ويتفق كل من هشام الخولى (2004) ، وعادل عبد الله (2003)في أن اضطراب التوحد : "هو اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلبا على العديدمن جوانب التوافق ، ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثل في نمطية الحركة ، وأيضاً اضطرابات في اللغة ".

ويتبنى (عبد المنان معمور، 1997) : التعريف الذي قدمته " ماريكا " Marica 1990 للأوتيزم : "من أنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط" .

ويشير (رمضان القذافى ، 1993) : في تعريفه للتوحد: " بأنه حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ، على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعيإلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعة . بالإضافةإلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني ، واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة" .

ويعرف إبراهيم الغنيمى (2010: 17):" أن اضطراب التوحد هو نوعمن الاضطرابات النمائية ، ويتم تحديده عن طريق الاضطراب النمائى النوعي وصلة التواصل اللفظي وغير اللفظي والقدرات اللغوية التقديرية ، والمعدل المحدود من الاهتمامات والافتقار إلى التماسك وذاكرة الحفظ بتكرار الكلام والمعالجة البديلة الفراغية والمعرفة الاجتماعية والذاكرة التصورية والإدراكية" .

وأوضح برون (Brown) إلى أنه يوجد أربعة محاور يعانى منها الطفل التوحدى ويظهر فيها القصور وهى :

علاقات مختلفة .

صعوبات في التواصل .

ضروب سلوكية ذات طابع متصلب .

نمو مشتت ذات طبيعة خاصة . (Brown, W, 1996, p25)

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية (1998) : "في تعريفه للتوحدية على إنها تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال وإقامة علاقاتهم الآخرين والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم ، وبعض التوحديين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدون متعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة ، ونماذج تفكير جامدة ، وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية بالإدراك ومشكلات اتصالية ، وكل هذه المشكلات تؤثرعلى سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة (Micheal, W, 1999, 153)" .

ويشير كابوت وزملاؤه Kabot, S , et al (2003) : إلى أن اضطراب التوحد يمكن التعرف عليه من خلال ثلاث محاور تعتمد على بعضها البعض وتظهر في آن واحد هي :

أنه اضطراب عصبي يرتبط بنمو المخ .

أنه اضطراب نفسي يشمل النمو المعرفي والانفعالي والسلوكي .

أنه اضطراب في النمو الاجتماعي يفصح عن عجز شديد في العلاقات الاجتماعية والتواصل ، وفشل في الاتصال بالبيئة الاجتماعية ، ومن ثم فالطفل المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع الاستجابة للمثيرات الحسية ، ولديه قصور شديد في نمو اللغة والكلام ، ويلاحظ عليه سلوكيات نمطية غير هادفة وداثماً تتضح معالم هذا الاضطراب خلال السنوات الثلاثة من عمر الطفل (Kabot, S ,et al, 2003: p 26- 33) .

وتشير الرابطة الأمريكية للطب النفسي في تعريفها: " للتوحد أنه نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال السنوات سنوات الأولمن عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات نيورلوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعبعند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظياً أو غير لفظياً وداثماً فهؤلاء الأطفال يستجيبوا إلى الأشياء أكثر من الاستجابةإلى الأشخاص ، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم وداثماً يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.(American Associate Autism.1999,p 4) .

ويشير القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين **Individuals With Disabilities: Education Act (IDEA)** في تعريفه للتوحد بأنه " إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللظى وغير اللفظي ، والتفاعل الاجتماعي ، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل الثالثة من العمر وتؤثر سلبياً على أداء الطفل التربوي ، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط باضطراب التوحد هو : انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغير البيئي ، أو مقاومته للتغير في الروتين اليومياإضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية ، أو الطبيعية للخبرات الحسية . (إبراهيم العثمان، إيهاب الببلاوي ، 2012 : 19) .

وترى (نادية إبراهيم أبو السعود ، 1998) أن التوحد كإعاقة تطورية هو: "ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشفوي ، والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطاً مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والتقولب والإصرار على الروتين والكثير من الحركات الآلية ".

ويشير "بيرل" في تعريفه للتوحد : " بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية ، وقد افترض أن العوامل المسببة للتوحد

بعضها يكون قبل الولادة وبعضها الآخر يكون بعد الولادة وأنها قدتحدث خلل في المخ والأرجح أن معظم الحالات تعود لمثل هذه العوامل ". (Birll, M., 2001, p.3-5) .

وعرفه السيد الرفاعي (1999: 87) : "بأنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هرمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته قصور في عملية التواصل والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وأيضاً وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدى من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل ، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبة في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى" .

وتشير دائرة المعارف العامة (1999) : في تعريفها للتوحد: " على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عن ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات ، وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب وجود هذا الاضطراب إلى الآن ، وتبدأ تظهر أعراض التوحدية في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي وغياب الاتصال الاجتماعي وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر

وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر على الاستغناء عنها ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر ويصبح السلوك ممزقاً ومشتتاً وأوضحت الإحصاءات أن من 75 : 85 % من التوحديين يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة (Micheal, W, 1999, 153) .

ويرى كل من عثمان فراج(1994: 53) ، وبيرسون وآخرون Pearson et al (2006: 328) أن مصطلح التوحد: " يطلق على إعاقة من إعاقات النمو التي تتميز بقصور في الإدراك والتفكير ونزعة انطوائية انسحابية تقوم بعزل الطفل عن المحيطين به ، وبذلك يصبح الطفل التوحدى منغلقا على ذاته ولا يحس بمن حوله من أفراد أو أحداث .

ويشير (السيد الرفاعي ، 1999) : في تعريفه للتوحد : "إلى أنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث كنتيجة مباشرة لإختلالات هرمونية في الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلال في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقية اللفظي والغير لفظي بالإضافة إلى وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ،

ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل الذاتوى من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر ، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين بهم من جهة أخرى" .

وتعرفه سها أمين (2001: 20) : " بأنه نوع من الإضرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهوره وإلى مدى حياته ، وتؤثر على جميع جوانب الفرد وتبعده عن النمو الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل سواء كان اللفظي أو غير اللفظي وأيضًا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال التوحديون ، ويظهر في خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ويفقده التواصل والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص أو خبرات أو تجارب يمر بها ، وهذا النوع من الاضطرابات لا شفاء منه ، ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر .

ويشير (عبد الله بن محمد الصبى ، 2002) :" إلى أن التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعنى العزلة أو الانعزال وبالعربية سموه الذووية (وهو اسم غير متداول) ، والتوحد ليس الانطوائية ، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ،

ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخروهو اضطراب معقد للتطور يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل نتيجة خلل وظيفي في المخ والأعصاب لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه" .

ويعرف (ربيع شكري سلامة ، 2005) : التوحد على أنه: " حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرينعلى تكوين علاقات اجتماعية طبيعية وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل ويصبح الفرد منعزلاً عن محيطه الاجتماعي ويتقوقع في عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات" .

وتشير الرابطة الأمريكية للطب النفسي psychiatric (American, 1994) Association في تعريفها للاضطراب التوحدى : " أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية والغير لفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم ، وفى بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة ويظهر هؤلاء مقومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي ، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (DSMIV. 1994, 66) .

ويرى كل من ماكينتوش وديساناياك Macintosh & Dissanayak (2006) : " أن أطفال التوحد ذوى الأداء المرتفع لديهم قدرات معرفية عالية ،عادية أو فائقة ، فكثير منهم يتعلمون القراءة في سن مبكرة ، ويؤدون المهام المدرسية بصورة جيدة ، وقد يغفل عن هذه الجوانب المعلمون وكما أن لديهم أداء لغويا أكثر طبيعة ، ولكنهم لا يقدرون على متابعة المحادثة المجردة ، ويعانون من صعوبات أثناء الحديث مع الآخرين ، ومكن أن يتحدثوا بطريقة هوجائية وعادة ما يرتبطون بالكبار أكثر من الأطفال ، ولا يستطيعون قراءة الآخرين(نظرية العقل) ، ولديهم صعوبات في تكوين الأصدقاء والاحتفاظ بهم ، وعادةما يصبحون مثبتين على اهتمام واحد ويهتمون بالحديث عن هذا الجانب .

ويعرف (محمد عز الدين ، 2001) : التوحد على أنه: " أحد الاضطرابات المتعلقة بتطور المخ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغير ، ويعتبر التوحد المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح (الاضطرابات التطورية المنتشرة)" .

ولقد اهتم كل من بارسونز وميتشل Parsons & Mitchell (2002: 430) وايفى وآخرين Ivey et al (2004: 167) بالجانب السلوكي في تعريف التوحد : " حيث رأوا أن التوحد اضطراب تفكيكي Disintegrative يتم تشخيصه على المستوى السلوكي طبقا لثلاثية الإعاقات في التواصل والمشاركة الاجتماعية والتخيل ، وهذا الاضطراب التفكيكى يتراوح مابين التوحد الكلاسيكيذي صعوبات التعلم الحادة على أحد طرفي المتصل وعلى الطرف الآخر يوجد التوحد ذو الأداء المرتفع High Functioning Autism .

وعرفت الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية American psyehazric association, 4 E 1994 الاضطراب التوحدى :" بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم وفى بعض حالات التوحد تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معينة ، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (DSM:1994) ".

وعرفته دائرة المعارف العامة (1999) : "على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن (Michael:1999)" .

ويشير كل من (Moyes 2001:33.,Biklen.&Attified,2005:66) في تعريفهم للتوحد : " أنه أحد أكبر الاضطرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابه غير واضحة بشكل حاسم وأن هذه الاضطرابات تؤثر على كل أنماط النمو بشكل خطير وأن هذا الاضطراب يولد الطفل به بالرغم من أن أعراضهلا يمكن التأكد منها بشكل حاسم قبل ثلاثين شهراً " .

كما يعرف التوحد بأنه : "عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي و الإبداعي ، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ" .(عدنان محمد عليوات ، 2007) .

ويشير محمد شوقى (2003: 17) إلى التوحد : "بأنه اضطراب اتصالي خطير في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل ويؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعي للفرد بما في ذلك ألتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي وينتشر بين الذكور بنسبة أكثر من الإناث ويتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي والإجتماعى مصحوباً بأنماط سلوكية نمطي ورغبة في المداومة على الأعمال الروتينية والإصرار على طقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة (أي ليحدث الشفاء منه) ولكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية المقدمة للطفل التوحدى " .

ويشير (كمال سالم سيسالم ، 2002) : في تعريفه للتوحد : "على أنه مصطلح يستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة ، وتمثل الإجترارية بالانطواء الشديد والتمركز حول الذات والانشغال بالعالم الخارجي" .

كما أنه نوع من اضطرابات النمو العقلية والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ، ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة (wheeler, J., 2003: p 64) .

ويشير محمد السعيد أبو حلاوة (2006: 66) : "إلى الطفل التوحدى بأنه طفل تؤثر عليه كثيراً من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤثر عليه بالانسحاب للداخل والانغلاق على الذات ، وهذا بالتالي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع المحيطين به" .

ويتفق كل من فتحي عبد الرحيم (1990: 505) ، وعمر بن الخطاب خليل (1994: 63) على أن : "مفهوم التوحد يلتف حول مجموعة من المعاني حيث أنه اضطراب واضح في الارتقاء اللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية وهو زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء ويتصف هذا الاضطراب بالشذوذ في الاتصال ، مما يجعل الطفل غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب" .

ويشير وولف (Wollf) في تعريفه للأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدي : " على أنهم الذين ينقصهم الاتصال الانفعالي والاجتماعي ، وينقصهم الاتصال اللغوي ، وشذوذ في اللعب والتخيل ، والنمطية والتقولب والإصرار على الروتين والأفعال العنيفة تجاه أي تغير مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل (هز الرأس، واليدين ، الأصابع ، الخ) (Wolv, 2000: p 555)" .

ويشير عبد العزيز الشخص وعبد القادر الدماطي (1992: 52-53) على أن التوحد : "هو اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (مابين 30-42) شهرًا ويؤثر في سلوكهم ، حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبلد المشاعر ، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها" .

ويتفق كل من هشام الخولي(2004) وعادل عبد الله(2003) في أن : "اضطراب التوحد من الاضطرابات التي تؤثر سلبا على العديد من جوانب التقوقع حول نفسه ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثلفي نمطية الحركة وأيضا اضطرابات في اللغة".

ويوضح يوسف القريوطى وآخرون (1995- 316) أن: " التوحد يحدث نتيجة لاضطرابات في الاستجابات الحسية واضطرابات في سرعة أو تتابع النمو واضطرابات في اللغة والكلام والسعة المعرفية واضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات ، مما ينعكس بدوره في ظهور الاضطراب في الجانب الانفعالي والإجتماعى والمعرفي " .

ويتفق جريلا وآخرون Grela et al (2006- 753) ،داوسون وآخرون Dawson et al (2004- 271): " على أن الأطفال التوحديون لديهم قيود في السلوك ويظهر ذلك في النمط الروتيني المحكم والانشغال بالجزء أكثر من الكل والاهتمامات بأشياء محددة لفترة طويلة والإصرار على الذاتية ، كما أن لديهم جموداً في الروتين حيث يصبحون قلقين عندما يتوقع منهم أن يضمنوا التغيير داخل الروتين ، ويكون رد فعلهم سلبياً " .

وعرفه Gilberg (1992- 386) : "على أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بنقص في التواصل الاجتماعي وضعف في الاتصال ".

كما أن التوحد حالة كاضطراب عقلي تصيب الأطفال وعلى الرغممن مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعى بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني . واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة.

(رمضان القذافى ،1993: 159) .

ويعرف (عبد الرحمن سيد العيسوي ، 2005) : الطفل التوحدى بأنه : "طفل شديد الانسحاب عن العالم الذي يعيش في وسطه ، قد يجلس لساعات أطول يلعب بأصابعه أو بقطعة من الورق ، ويضيع في عالم الأوهام والخيالات الباطنية ويبدو الانسحاب على مثل هؤلاء الأطفال منذ بداية حياتهم والاستغراق في الذات وصعوبة الاتصال بهم ، وعدم القدرة على إقامة علاقات طبيعية مع الغير ، ويعانون من وحدة بالغة ورغبة متسلطة في الإبقاء على حالاتهم كما هي ، كما يعانونمن صعوبة شديدة في اللغة إلى حد البكم mutism مع استعمال النفي ، وعدم قبول مرادفات لنفس العبارة ، ويميل المريض إلى تكرار أو إعادة نفس الجملة التي يسمعها ، واستعمال الضمائر المقلوبة كأن يشير الطفل لنفسه بضمير " أنت " ويقول لمن يخاطبه " أنا " مع التفوه بألفاظ عديمة المعنى وغير ملائمة ، ويعمم الطفل اللفظ الواحد على أكثر من " واحد " .

(2) أنواع اضطراب طيف التوحد :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ،2012):إلى أن (مارى كولمان) مديرة العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن اقترحت نظاماً تصنيفياً للأطفال التوحديين يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية ، ويتبين أن هذا التصنيف ليس متلازمة منفردة كما أكد كانر، بل هو مكون من ثلاث تصنيفات فرعية هي:-

النوع الأول : وهو ما يسمى بـ (المتلازمة التوحدية الكلاسيكية) Classic Autistic Syndrome وفى هذا النوع يظهر على الأطفال أعراضا مبكرة دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة ، إلا أنهم في هذه المجموعة وكما تقول كولمان يبدءون في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسةإلى السابعة .

النوع الثاني : وهو ما يسمى بـ (متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحديه) Schizophrenic syndrome With Childhood وهذا تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر شهراً لدى البعض كما أنهم يظهرون أعراضاً نفسية أخرى ، إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي أشار إليها "كانر" .

النوع الثالث : وهو ما يسمى بـ (متلازمة التوحدية المعاقة عصبياً) Autistic Syndrome Neurologically lmpaired ، ويلاحظ ظهور مرض دماغي عضوي في هذا النوع ، متضمناً اضطرابات أيضية ، ومتلازمات فيروسية مثل : الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى) .

ويشير (محمد عبد الرازق هويدى ، 2000) : إلى أن الطبعات المتتالية من الأدلة التشخيصية التي تصدرها الجمعية الأمريكية للطب النفسي American psychiatric Association (A P A) كشفت عن حذف بعض الفئات وإضافة فئات جديدة من الاضطرابات النمائية الشاملة ، ويرجع ذلك لسببين هما :

السبب الأول : هو الخبرات الإكلينيكية الميدانية نتيجة لاستخدام فئة مافي التشخيص يتبن عدم وضوحها ، أو تداخلها مع فئة أخرى ، أو وجود بعض الحالات المرضية التي لا تندرج تحت أي من الفئات الموجودة .

السبب الثاني : هو نتائج البحوث والدراسات التي تكشف فئات تشخيصية جديدة ذات خصائص تميزها عن الفئات الحالية ، أو ظهور مفاهيم نظرية جديدة تؤدى إلى تصنيف مختلف للاضطرابات النمائية الشاملة .

ومن الأمثلة على ذلك أن الدليل الأمريكي الثالث المعدل(D S M-III-R)كان يضم فئتين فقط : التوحد واضطراب نمائى شامل غير محدد ، هذه الفئة الثانية كانت غامضة لدرجة كبيرة بحيث أصبحت تضم نوعيات متباينة من الأطفال ، كما أنه تشخيص غير مفيد من الناحية العلاجية ، وكشفت الدراسات عن إمكانية تقسيم هذه الفئة الواحدة إلى عدة فئات : لذلك نجدأن الطبعة الرابعة أضافت عدة فئات : "اضطراب ريت "، "ومتلازمة اسبيرجر" واضطراب تفكك الطفولة ، إلى جانب الاحتفاظ بفئة غير محددة التي يقصد بها التوحد غير اللفظي .

وتضيف (Wing,1995:p125) إلى أنها قامت بدراسة للتعرفعلى الفئات الفرعية لاضطراب طيف التوحد صنفته إلى ثلاثة أنماط هي :-

النمط الأول : هو النمط الانعزالي aloof ونجده في معظم الأفراد المنسحبين اللذين هم عادة غير مبالين ، أو رافضين للاقتراب الجماعي حتى من قبل الأطفال الآخرين ، ولدهم الحد الأدنى من سلوك التعلق والحب .

النمط الثاني : هو النمط السلبي passive ونلاحظ التفاعلات السلبيةفي الأفراد الذين يتقبلون الاقتراب الجماعي ، وقد يلعبون مع الأطفال الآخرون إذا تم تنظيم موقف اللعب .

النمط الثالث : هو النمط النشط ولكنه غريب Active-but-odd فنجدأن الأطفال هنا يقتربون من الآخرين بتلقائية ، ولكن التفاعل الاجتماعي في معظم الأحيان غير ملائم وذو اتجاه واحد .

وقد حاولت دراسات أخرى تقسيم الأشخاص ذوى اضطراب التوحد على أساس مستوى الكفاية الوظيفية Functioning إلى نمطين هما :

النمط الأول : ويضم الأشخاص ذوى الأداء الوظيفي المرتفع .

النمط الثاني : ويضم الأشخاص ذوى الأداء الوظيفي المنخفض .

إلا أن الدليل التشخيصي ، والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة (DSM-lV) وصف خمسة اضطرابات لطيف التوحد هما :

اضطراب التوحد DisorderAutistic

متلازمة اسبيرجر Aspersers Syndrome

اضطراب ريت Reet Disorder

اضطراب الطفولة التفككى Childhood Disintegrative Disorder

اضطراب النمو المنتشر غير المحددSpecified pervasive Developmental Disorder not Otherwise

(3) معدل انتشار الاضطراب التوحدى :

تختلف نتائج الدراسات والبحوث التي استهدفت تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال ، ولذلك فإن معدلات حدوث التوحد المتوافرة حتى الآن تعد معدلات غير دقيقة تماماً ، وربما قد يرجع السبب في ذلك إلى الصعوبات البالغة التي تواجه المهنيين عند تشخيص هذا الاضطراب بالإضافة إلى اختلاف الأساليب والأدوات التشخيصية المستخدمة من مجتمع لآخر

(Atkinson & Hornby,2002,p.163) .

وتشير (لينا نمر بن صديق ، 2005) : إلى أن اختلاف نسبة انتشار الاضطراب التوحدى تكون بسبب التباين في المحكات المستخدمة في تشخيصه وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي ، إلا أن تعدد الدراسات وتنوع المجتمعات التي أجريت فيها تلك الدراسات إضافة إلى الأطر النظرية ذات العلاقة قد تعطى مؤشراً علمياً يمكن الوثوق فيه .

وتشير (وفاء على الشامي ، 2004) :إلى أن التوحد باعتباره اضطرابافي النمو العصبي يؤثر في التطور لثلاث مجالات أساسية هي التواصل والمهارات الاجتماعية والتخيل ويظهر في جميع أنحاء العالم وفى مختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية بالتساوي ، وبناءً على دراسات أجريت في أوربا وأمريكا تتراوح نسبة انتشار التوحد بجميع درجاته بين (5 ، 15) بين كل (000، 10) مولود وتقدر بـ (5) لكل (000، 10) في اضطراب التوحد الشديد .

وكمحصلة للتزايد السريع في معدلات انتشار الاضطراب التوحدى كما أشارت التقارير الصادرة عن منظمات دولية عام 1994 أشارت إحصائيات الدليل الشخصي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية أن الأوتيزم يصيب حوالي خمسة أطفال من كل عشرة آلاف طفل وبنسبة أكبر بين الذكور أكثرمن الإناث بنسبة 4 – 1 ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية (Roeyers,1995, p.161) .

وفى تقرير صدر عام 2004 أفاد أن القديرات المنتشرة لاضطراب الأوتيزمفي العديد من البلدان كالمملكة المتحدة وأوربا وآسيا بلغت نسبة الإصابة باضطراب الأوتيزم بحوالي مابين 2 – 6 أطفال من كل ألف طفل.(Sogam And Kawai,p 42)

وتشير (منى حرك 2006) : إلى أن أول دراسة ميدانية أجرتها لوزارة الصحة بجمهورية مصر العربية في (يونيو ، 2007) عن مدى انتشار إعاقة التوحد لعام 2007 ظهرت نسبة الانتشار بحوالي طفل في كل 870 طفلاً ، وهناك آخر إحصائية لنسبة انتشار التوحد في أمريكا (2004) يقدر بحوالي طفل لكل (166)طفل .

كما أعلن المركز الطبي لمدينة ديترويت الأمريكية (1998) أن اضطراب التوحد أكثر شيوعاً من متلازمة داون ، وهو يستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (4 – 5) أطفال من كل 10000 طفل وتبلغ نسبة إصابة الذكور (4 : 3) أضعاف الإناث ، وهذا ما أكده إيدلسون (1998) بناءً على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة ، وانجلترا ، وأكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد قررت أنه يحدث بمعدل (4- 5) أطفال لكل 10000 طفل ، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999 9) أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (1 : 500) من الأطفال بما يعادل (20 : 10000) وان نسبة انتشارها بين البنين إلى البنات هي (4: 1)(عصام زيدان ، 2004) .

ويذكر كل من رونالدكولاروسو، وكولين أوروربك(2003) أن نسبة انتشار إعاقة التوحدية بين الأطفال من سن 3- 12 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي 06، 0% وهذا يعنى أن هناك (60 : 10000) طفلاً لديهم إعاقة التوحدية

ولقد تضاعف عدد الطلاب الأمريكيين المصابين بالتوحد والذين يتلقون خدمات تعليمية خاصة خلال ثلاث سنوات فقط ، حيث كان يبلغ عددهم (34 ، 101) ألف طفل في عام 1997 ، وقد تزايد هذا العدد ليصل إلى (65 ،424) ألف طفل في عام 2000 وذلك طبقاً لإحصاءات الإدارة العامة للتعليم بالولايات المتحدة (Braymond, 2004, p 225) .

ينتشر اضطراب التوحد (الأوتيزم) بنسبة (1 – 2000) بين الأطفال وقد تصل إلى (1 -2500) كما ينتشر بين الذكور بنسبة أكبر عنه بين الإناث . وقد قدم العديد من العلماء والباحثين بعض الأعراض أو زملة من المسالك يتردد من خلالها وجوده .

ويطلق أحمد عكاشه (1992) على الذاتوية أو " إعاقة التوحد " الذتوية الطفيلية Childhood Autism: بأنـها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل عليه التالي :

نمو أو ارتقاء غير طبيعي في قصور وعجز أو اختلال يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات .

نوع من الأداء الغير طبيعي في المسالك الآتية :

عجز في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به في البيئة .

عجز في التواصل والسلوك النمطي المحدود والمتكرر.

انتشار المخاوف المرضية واضطرابات النوم والأكل والهياج بالعدوان الموجه للذات .

اتفق عصام زيدان (2004) ،إلهامي عبد العزيز (2001) ، عادل عبد الله (2001-أ) ،حسين فايد (2004: 529) على أن: " اضطراب التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل 500 فرد وأن نسبة انتشاره لدى البنين تزيد عنها لدى البنات بأربعة أضعاف ، وأن التقديرات توضح أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد ذوى التوحد قياسا بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى 3% تقريبا وأن نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ 0,6 % وأن نسبة انتشاره في اليابان تتراوح مابين 0,13 % : 0,16 % ".

ويتفق كل من إبراهيم الزريقات (2004) ،يوسف وآخرون (2004) عبد الله سكر(2005) على أن : "تزايد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 1: 4 ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو المادية أية علاقة للإصابة بالتوحد وكذلك المحكات التشخيصية للكشف عنه ، يعتبر التشخيص الدقيق له متغيرا عما هو عليه من قبل"

.

ويشير ستيفن إديلسون (2006 : 7)إلى أن : " نسبة انتشار التوحدفي تزايد ويرجع هذا التزايد إلى نسبة انتشاره إلى الفهم الجيد لطبيعة هذا الاضطراب وهذا الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة إنتشاره الحقيقية ، والذي يعد ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشارا ، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي" .

ويتفق كل من كانون (2006: 9) ، سيلرز (2006: 4) إلى أن التقديرات الحالية توضح تزايداً متنامياً لحالات هذا الاضطراب ، حيث تقدر بحوالي 40: 60 طفلاً في كل 10000 طفل ، كما أن هذه التقديرات أوضحت أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية مابين 60000 إلى 115000 طفل تحت سن 15 عام يتم تشخيصهم على أنهم ذو توحد .

(4) أسباب الاضطراب التوحدى:

يشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، 2004) : إلى أن اضطراب التوحد يعد من الألغاز المحيرة نظراً لتباين خصائصه ، ولذا فقد استقطب اهتمام الكثير من العلماء ، وظهرت تفسيرات عديدة في محاولة منها إلى فهم هذا الاضطراب ولقد ظهرت عدة إجابات للسؤال التالي ما الذي يسبب اضطراب التوحد ؟ ولقد أجريت العديد من الأبحاث على أسباب التوحد ولكنها لم تقدم حتى الآنإلا القليل من النتائج ،

ولذلك فلا نستغرب عندما نجد هذا الكم الهائل من النظريات التي تفسر سبب حدوث اضطراب التوحد لتشمل مختلف التوجيهات سواء من يتمسك منهم بوجهة النظر البيئية ، أو من يركز على العوامل الوراثية والتكوينية بوصفها مسببات لهذا الاضطراب فضلاً عن وجهات نظر أولئك الذين يتخذون موقفاً وسطاً من هذا الصدد . للآن لم يصل العلماء والباحثين إلى أسباب مؤكدة يمكن الأخذ بها والاستناد عليها للوقوف على أسباب اضطراب التوحد إلى جانب عدم الاتفاق على سبب واحد لحدوث هذا الاضطراب بالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تعددت في هذا المجال فإنه لا يزال البحث والدراسة قائم ، وهناك بعض النظريات التي توصلت إليها الأبحاث العلمية المفسرة لأسباب التوحد :

النظرية الأولى : ترى أنه لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون في نفس الوقت من حساسية من مادة (الكازين)وهى موجودة في لبنالأبقار والماعز وكذلك (مادة الجلوتين) وهى مادة بروتينية موجودة في القمح والشعير .

النظرية الثانية: ترى أن المضادات الحيوية أحد الأسباب للإصابة بالتوحد حيث يؤدى تناولها إلى القضاء على البكتريا النافعة والضارةفي الأمعاء مما يؤدى إلى تكاثر الفطريات التي تقوم بدورها في إفراز المواد الكيميائية مثل حمض" الطرطريك والأرابينوز"

والتي تكون موجودة أصلا ولكن بكميات صغيرة ، وقد لوحظ زيادة ونمو وتكاثر الفطريات في الأطفال الذين يعانون من التوحد بسبب كثرة استعمال المضادات الحيوية ، وكذلك احتواء الجسم والوجبات الغذائية على كميات كبيرة من السكريات .

النظرية الثالثة : ترى أن أسباب التوحد ترجع إلى لقاح " النكاف " و"الحصبة " و" الحصبة الالمانية " حيث وجد أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطرابات في جهاز المناعة مقارنة بالأطفال الآخرين وهذه اللقاحات تزيد هذا الخلل . وأن بعض الدراسات في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أثبتت أن هناك علاقة بين حدوث التوحد وهذه اللقاحات كما أنه بحساب كمية الزئبق التي تصل للطفل عن طريق تلقى اللقاحات وجد أنها أعلى بكثير من النسبة المسموح بها ، حسب لوائح منظمة الأغذية العالمية والأدوية الأمريكية وهذه النسبة تعتبر سامة وضارة بصحة الطفل وقد تكون من الأسباب التي تؤدى إلى التوحد (الوفاق، 2000)

والاضطراب التوحدى أكثر الإعاقات التطورية ، ورغم التطور الحادث في تشخيص الاضطراب التوحدى والأساليب العلاجية الحديثة والأجهزة الطبية

إلا أن السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب مازال غير معروف أو غير واضح فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية والعلاقة بين الوالدين والطفل وما بينهما من تفاعل . إلا أن هناك من يؤكد على الأسباب والاحتمالات المتعلقة بالأعصاب .

وتشير بعض الدراسات إلى وجود أسباب تتعلق بالجينات وظروف الحمل والولادة إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد فقد يكون أحد هذه الأسباب أو الأسباب مجتمعة هي التي تسبب المرض .(عثمان فراج، 1996) .

كما يرى البعض أن مشكلة التوحد تتلخص في الجينات ومعنى ذلك أن الأمر قد يكون حسم (بإصابة الطفل بالتوحد) من قبل حتى أن يولد بفترة طويلة Richer &Coates,2001: 8)).

ولا يعد التوحد مشكلة نفسية في حد ذاته فلا نستطيع أن نرجع أسباب التوحد إلى التنشئة الوالدية أو الفقر البيئي ولكن هي مشكلة ترجع بشكل أساسي إلى الخلايا والأعصاب والأنزيمات والهرمونات (Davis,2002: 14) .

ولا ترجع الإصابة بالتوحد للعرق أو الظروف الاجتماعية مثل العائلة ونمط الحياة ومستوى التعليم حيث أن كل ذلك لا علاقة له بظهور التوحد (Gerlach,2003: 1) .

النظريات المفسرة لاضطراب التوحد :

النظرية المعرفية :

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، 2009): إلى أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند التوحديين تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية فالمعرفي يتحدد في القاموس Larousse ، بأنه يتوافق مع الأنساق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته ، وتمر هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة والانتباه ، وبالتالي يجب أخذ هذه الخصائص في الاعتبار لفهم الأشخاص المصابين بالتوحد ، ولتحديد نوع المساعدة الخاصة المتكيفة مع حاجاتهم ولتنميتهم من تنمية طاقاتهم ، فقد تكون خصائص معالجة المعلومات مسؤلة عن الصعوبات التي يواجهها .

ويشير (رفعت بهجات ، 2007) : إلى أنه يمكن القول بأن استخدام طفل التوحد لذاكرته يعتمد على سياق مجموعة من عوامل التلميح وأن عملية بحث الطفل التوحدى عن شيء معين في ذاكرته تصبح عملية صعبة جداً أو مستحيلة نظراً لعدم وجود خبرات ذاتية في ذاكرته ، وهذا يؤدى بدوره إلى ظهور مجموعة من الصعوبات أو المشكلات لدى الطفل التوحدى .

النظرية الاجتماعية :

يشير (إبراهيم بدر ، 2004 ، سوسن الحلبي ، 2005) : إلى أن أصحاب هذه النظرية يروا أن اضطراب التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم ، فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية ، مما يؤدى إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسرى ، وانطوائه على نفسه ، ويرى كانر أن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدى هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعية ، حيث أن معظم آباء الأطفال التوحديين الذين تم تشخيصهم كانوا من ذوى التحصيل العلمي ، وكانوا غريبي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني ، صارمين ، منعزلين ، جادين ، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم ، كما يرى كانر بأن توحد الطفولة المبكرة قد يكون عائداً إلى تأثر الطفل ببعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة ، غير أن الدراسات المقارنة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحديين وآباء الأطفال غير التوحديين لم تظهر فروقاً ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم مما يستبعد أن تكون الأسباب الاجتماعية والأسرية لها علاقة مباشرة بالتوحد .

كما أشار (Roge,B.,2003:p 71) : إلى أن بعض الدراسات أشارت إلى أن الطفل التوحدى يعانى من صعوبات ترتبط بمختلف أشكال التبادل والإجتماعى ، والعجز عن تحقيق التآزر بين مختلف مظاهر السلوك والإجتماعى ومشاركة الآخرين تجربتهم الاجتماعية .

النظرية النفسية :

تشير (نادية أبو السعود ، 2000) : أن أصحاب هذه النظرية يروا أن سبب الاضطراب التوحدى هو الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة ، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملةفي مرحلة المراهقة وقد افترض أن التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحديين في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والإجتماعى واهتماماته .

ويعتبر(ليو كانر) أول من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديدو الاهتمام بالتفاصيل ، ويتسمون بالانطوائية والبرود الانفعالي ، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفوقون عقلياً ، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالفض من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة .

وقد تعرض وصف (كانر) للخصائص الأبوية للانتقاد من بعض الباحثين ولكن بعضهم اعترف بأنه يمثل التفسير النفسي ، بعد سنوات من وصف كانر لسبب التوحد ، والذي أدى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة وكرد فعل للبرود والأنانية الوالدية (Ogltree,B,1995:p6) .

نظرية العقل :

تفترض هذه النظرية أن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي تميز الأطفال التوحديين تأتى من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية ، وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي معهم ، ويرى بارون كوهين العالم الأمريكي ، وصاحب نظرية العقل أن الشخص التوحدى غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين مخ خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين .

ويشير (إبراهيم الزريقات ، 2004) : إلى أن هذه النظرية تشير إلى العجز الاجتماعي الملاحظ عند أطفال التوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي

فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل .

ويشير (Connor , Mike , J ,2000:p5): إلى أن نظرية العقل تعتبر أساسية لفهم وتفسير والتنبؤ والتعامل مع سلوك الآخرين ، حيث أن معظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهراً من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثيل أشياء أخرى غير الشيء التي تمثله ، مع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية ويبدو أنهم يفهمون يدرك الآخرون ويعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون ، ويعرفون ، ويتوقعون ويفضلون ، ويريدون مع عمر أربع إلى خمس سنوات ، فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم .

وفى حالة الأطفال التوحديين فإن سمات الفشل تقيم نظرية العقل غالباً وحتى عندما يسلكون بشكل مناسب على مهمات معرفية أخرى في حالة الأطفال من سن (3- 4) سنوات ،

حيث غياب نظرية العقل ربما يجعل الأمر صعباً على الأطفال التوحديين على الفهم والتعامل مع العالم الخارجي والتواصل بشكل مناسب مع الآخرين ، وسلوك اللعب الغريب للأطفال التوحديين وخصوصاً غياب اللعب الرمزي ربما يمثل عدم القدرة على فهم أي شيء ، ولكن الحقائق المجردة قبلها

(Nelson,Houseman,Susan,2001: p.135-152)

النظرية السلوكية :

تفترض هذه النظرية أن المشكلات السلوكية التي يعانى منها الأطفال التوحديين هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية ، حيث يرى البعضأن المشكلة الرئيسية تتمثل في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة تقوم على عدم وجود تكامل بين الحواس بعضها ببعض وتتسم بالصفات الآتية :

زيادة في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة .

نقص في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة .

زيادة ونقصان للاستقبال الحسي .

استقبال القناة الواحدة .

إثارة حاسة واحدة تؤدى إلى استثارة حواس أخرى .

. (Sandy Shaw,2006:p31)

وتشير (فرث) : إلى أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة وهذا البحث أدى إلى أنواع مهمة من العلاج التي تطوق العيوب المعرفية والسلوكية ، وبعض المعالجين السلوكيين علموا الأطفال التوحديين بعض التعبيرات الانفعالية المختلفة ولغة الإشارة اعتماداً على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق ، وذلك بواسطة معززات مكافئات العلاج السلوكي (Firth,2007:p90).

النظرية الإدراكية :

تشير (هدى أمين ، 1999) : إلى أن أنصار هذا الاتجاه يروا أن التوحد بسبب اضطراب إدراكي نمائى فالطفل التوحدى يعانى من انخفاض في القدرات العقلية المختلفة ، والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في قدرته على الإدراك بالإضافة إلى اضطراب في اللغة ، كما ترجع بعض الدراسات أسباب التوحد إلى الخلل الحادث في الإدراك وعدم تنظيم الاستقبال الحسي مما يعوق قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى على البيئة ،

كما تحد من قدرته على التعلم والتكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته ولوحظ أن معظم أطفال التوحد لديهم إعاقات في واحدة أو أكثر من حواسهم ، هذه الإعاقات يمكن أن تشمل السمع واللمس والتذوق والاتزان والشم والإحساسات العميقة ، وهذه الإحساسات قد تكون زائدة الحس أو ناقصة الحس ، وكنتيجة لذلك قد يصعب على أطفال التوحد معالجة الإحساسات القادمة إليهم حاملة معلومات غير صحيحة ، فبعض أطفال التوحد يتجنبون معظم أشكال الاحتكاك الجسماني .

النظرية الحركية :

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، 2009) :إلى أن الدراساتالتي قارنت بين أطفال توحديين مع آخرين كشفت عن وجود ازدياد دال في مظاهر الاختلال الوظيفي العصبي ، وعلى مستوى وضع الجسم ، وتبين أن الاختلال عند التوحديين يطال الوضعيات البسيطة أكثر مما يطال الوضعيات المعقدة ، ويدوم مع الوقت ويترابط مع حدة التوحد ، وباختصار يمكن القول بأن البعض أشار إلى وجود تشوهات ومظاهر تأخر في هذا المجال ، ربطها هو بالوظائف التنفيذية وربطها آخرون باختلال سلوكيات التقليد ، وقد تؤثر اضطرابات الحركة على النمو في مجالات أخرى وخاصة مجال العلاقات الاجتماعية .

ويرى (رفعت محمود بهجات ، 2007) : أن السمات الحركية الخاصة جداً تعكس علاقة أصحاب التوحد بالآخرين وبالعالم المحيط بهم ، فعدم ارتباط طفل التوحد بالآخرين يجعل جسده يبدو متصلباً عندما يتجه نحو شخص آخر أو عندما يحمل شيئاً معيناً كما تتضمن هذه السمات الحركية لطفل التوحد صعوبات التقاط أو رمى كرة ما موجودة أسفل الذراع وصعوبات عمل كعكة يطبطبها الطفل براحة يده وصعوبات في ارتشاف أو كشط الطعام من معلقة أمامه ، فكل هذه الصعوبات تمثل مظاهر لسوء النمو الحركي لدى أطفال التوحد .

ولذلك فقد تعددت الدراسات والأبحاث التي تحاول معرفة الأسباب المؤدية للتوحد وذلك بسبب التداخل مع حالات قصور الدماغ وحالات مضطربي التواصل مما يجعل الغموض يحيط به في كافة جوانبه إلى الحد الذي جعل هناك أسباب متعددة لحدوث التوحد فمنها نفسية ، عضوية ، أُسرية ، سيكوديناميةنيورولوجية على النحو التالي :

العوامل النفسية والأسرية psychological Factors

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية الذي يسهمفي حدوث الاضطراب ، كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والوسواسية والعزوف عن الآخرين والميل إلى النمطية ، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسرى عامة يؤدى إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة(رشاد عبد العزيز موسى ،2002: 407) .

ويرى صلاح عراقي (2006: 223) . أن ما يتوقعه الأطفال وما ينتظرونه من أسرهم وبيئاتهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ومراحل النمو المختلفة إنما يلعب دوراً هاما في كيفية إدراك الأطفال للمناخ الانفعالي داخل أُسرهموفى كيفية تفسيرهم وإدراكهم لجوانب الحياة المختلفة .

كما يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى تفاعلات الطفل مع الآباء حيث يوضح(كاتر) إن علاقة الآباء غير المستحبة والباردة مسئولة عن نمو إعاقة الأوتيزم (sue,et,al,1994: 504) .

وتشير (لورنا وينج ، 1994) : إلى أن" كانر "" Kanner" اعتقد بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدى الكلاسيكي هما الآساس في المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية فقد كتب (لوكانر) بأن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوى التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا غريبي التصرف مفرطي الذكاء صارمين منعزلين جديين يكرسون أوقاتهم لمهنهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم .

ويرى كوهين وباتريكن (2000) ، كايل ونيلسون (Kail &Nelson,1993: 442) :أن النظريات النفسية المفسرة لهذا الاضطرابلم تعد مقبولة في الوقت الحالي ، فبالرغم من أن كثير من آباء الأطفال التوحديون ذو ذكاء مرتفع وطبقات اجتماعية عالية ،إلا أن هذا الاضطراب يقع في جميع مستويات الذكاء والطبقات الاجتماعية .

ولقد حدد كل من دينيس وكانتويل Dennis&Cantwell أربعة عوامل أساسية من العوامل التي تساهم في إيجاد التوحد هي: -

اضطراب نفسي عند الوالدين أو انحراف في الشخصية .

درجة ذكاء الوالدين والطبقة الاجتماعية .

ضغوط قاسية وعنيفة وأحداث مصدمة في بداية حياة الطفل .

انحراف في التفاعل بين الوالدين .(نادية إبراهيم : 2002: 68-69).

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد الدراسة التي قام بها Burd kerbeshan (1998) ، والتي هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال دراسة لحالة طفلة تعانى من التوحد عمرها (22) شهر ، يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركوا فيها الابنة مع الجدة وظلت الطفلة تبكى من (8: 9) ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت وعندما استيقظت في ذهبت إلى النافذة وكررت أمي ذهبت ، وبعدها بساعة أصبحت هادئة ، وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفى اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض التوحد الأخرى عليها كالحملقة واللعب بشكل غير مميز ، ورغم عودة الأم والأب استمرت الحالة وعندما وصلتإلى سن ثلاث سنوات لم تتغير وأصبحت مدمرة وغير قابلة للتعديل ، وفى سن أربع سنوات دخلت المستشفى ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا أن التوقف عن الكلام وفرط الحركة ظلا ملازمين لها حتى سن (6) سنوات وقت كتابة التقريرعن حالتها ، وهذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث الذاتوية (إلهامي عبد العزيز إمام ،1999) .

وتذكر (ميريلا كيارايد ،1992 : 73) : إن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأول لشخصية الطفل كما يبرر مدى احتياج الطفل لبيئة هادئة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يوفروا له الحماية ويشبعون احتياجاته كما يساعدونه على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية .

ويشير كل من (عبد المجيد سيد احمد ، زكريا الشربينى ،1998) :إلى أهمية النمو النفسي البشرى وأنه حصيلة نتائج عوامل تتداخل مع بعضها البعض تؤثر على المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية حيث يظهر آثار هذه العوامل أثناء الحمل ، وبعد الميلاد وفى امتداد حياة الإنسان ، والأم هي الوعاء الذي ينمو بداخله الجنين وبهذا فإن الرعاية الصحية والنفسية والحالة الجسمية التي تكون عليها الأم أثناء الحمل تؤثر بدرجة كبيرة على الجنين داخل الرحم وبعد ولادته أيضا فالخوف والغضب والتوتر والقلق كلها انفعالات تؤثر في الجهاز العصبي للأم ويؤثر ذلك في النواحي الفسيولوجية مما يؤدى إلى اضطراب في إفراز الغدد وتغير التركيب الكيميائي للدم مما يؤثر بدورة على نمو الجنين كما أن اتجاهات الأم نحو الحمل تؤثر على توفير شروط مناسبة للجنين .

كما أشار (محمد سيد موسى ، 2007) : إلى أن هناك احتمالات ووجهات نظر حاولت تفسير التوحد ، فظهرت وجهة النظر الاجتماعية التي تشير إلى أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة لظروف البيئة الاجتماعية غير السوية التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من قبل الوالدين وفقدان الآثار العاطفية منهما مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به ، في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال الفصام المبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي .

وأخيراً فإن هذه العوامل النفسية والأُسرية لم تجد ما يبررها في أن تكون أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث أن البحوث الحديثة لم تؤكدها بل أكدت على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم هم السبب في إصابة الطفل بالتوحد فقد نجد أطفالاً كثيرين فقدوا آبائهم ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد .

العوامل البيولوجية / جينية (وراثية) Genetic Factors

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، 2009) : إلى أنه في ضوء التطور الحاصل على مستوى تقنيات التحليل ، تمكن العلماء من تأكيد الدور التي تلعبه الوراثة في حدوث زملة التوحد ، فبنظرهم هناك سلسلة من البراهين التي تشيرإلى مساهمة العوامل الوراثية في أبحاث التوحد وأهمها :

تشابه نسبة الذكور / الإناث في كل البلدان بغض النظر عن المستوى الثقافي والإجتماعى .

ارتفاع احتمال ظهور حالات التوحد مع ارتفاع درجة القرابة من الجمهور العام (داون 1% ، توحد 3% ، اضطرابات تغزو النمو 10%) عند إخوة وأخوات المتوحد ، 60 – 90 % عند التوائم المتماثلة .

هناك ارتباط دال بين عدد من الأمراض الجينية والتشوهات الكروموزومية وبين التوحد.

ويشير(عادل عبد الله محمد ، 2004) : إلى أن نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار تشير إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد من أهم العوامل المسئولة عن حدوث اضطراب التوحد ، وأن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر له إسهامه في مثل هذا الصدد.

ومن أهم العوامل التي تؤدى إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدى في الوقت ذاته إلى إعاقة أخرى كالإعاقة الفكرية على وجه التحديد ما يلي :

1- حالات التصلب الدرنى للأنسجة Tuberous Sclerosis

2- حالات الفينيلكيتونوريا Phenyl Ketonuria

3- حالات كروموزم X الهش Chormosome X Fragile

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها وهى مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية ، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً .

ويعتقد (لويس كامل مليكة ،1998: 267-268) : أن عدم الاتساق الإدراكي هو الخلل الوظيفي الأساسي في الأوتيزم مع وجود آفات في المناطق الشبنية والدهليز وجذع الدماغ وينظر إلى الشواذ الإكلينيكية بعرضها نتيجة شواذ في مدخلات التشغيل الحسية أو في المخرجات الحركية في هذه المناطق وثمة نظرية أخرى تعتقد أن التوحديون يفشلون في تنمية التخصص النصف كرى وبخاصةفي ضوء القصور الذي يعانونه في الوظائف اللغوية والوظائف المعرفية الأخرى المرتبطة بالنصف الكروي الأيسر ، ورغم أنهم أقل قصوراً في وظائف النصف الأيمن والمتضمنة في محاولة بين الأعراض السلوكية المختلفة بطرق الاستنتاج الإكلينيكي وبين المناطق الآتية في الدماغ (القشرة الوسطى أو الحوفية – والمخطط) .

وتشير (سها أحمد نصر ، 2002) : إلى أن بعض الدراسات الحديثة أثبتت أن هناك علاقة وطيدة بين التوحد وشذوذ الكروموسومات وأشارت إلى وجود علاقة ارتباطيه وراثية محددة مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم Fragile X Syndrome ويعتبر Fragile X شكلاً وراثياً حديثاً مسبباً للتوحد والتخلف العقلي وأيضاً له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الذائد والعنف والسلوك الأناني ويظهر عند الأشخاص الذين لديهم كروموزوم X. F وتأخر في التواصل اللغوي بشكل شديد ، وتأخر في النمو الحركي والمهارات الحسية بنسبة ضئيلة ، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر في حوالي 10% من حالات التوحد .

ويلخص (عادل عبد الله 2004 5 21-209 .Robert-L, Kogel, Other, 2003 P)) دور العوامل الوراثية في حدوث الاضطراب التوحدى في النقاط التالية :

الشذوذ الكروموزومى وخاصة الكروموزوم رقم 13 يؤدى إلى هذا الاضطراب .

اشتراك عدد من الجينات يتراوح بين 3-5 جينات في حدوث التوحد وتتوزع هذه الجينات على عدد من الكروموزومات المختلفة .

أن محيط الرأس لدى أطفال التوحد يكون أكثر من مثيله لدى أقرانهم العاديين ، وقد وجد أن هناك علاقة سلبية بين كبر محيط الرأس والوظائف اللغوية والتنفيذية .

أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجى بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي .

نقص طول ومحيط المخ Brain stem لدى الأطفال التوحديين .

عدم وجود جزأين أساسين من أجزاء جزع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهيةFacial nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه والتي تكون مسئولة عن التعبير غير اللفظي ، والثانية تتمثل في الزيتونة العليا Super olive وهى التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية .

نقص عدد كبير من الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه .

كما توصلت دراسة كامبل وآخرون

Capbell Sutcliffe,Ebert,Militemi,Bravaccio et al.(2006) إلى دور الوراثة في الإصابة بالتوحد ، حيث تشير نتائج دراسة أسرية للتوحد شملت (1231) أسرة إلى وجود جين (7q31) يقع على الكروموسوم رقم (5) ويساهم في حدوث الإصابة بالاضطراب التوحدى ، حيث أن كل إنسان في العادة يحمل نسختين من الكروموزوم (5) ويرث نسخة من الأب ونسخة من الأم ، ومن الملاحظ أن كروموزوم (5) يمتد في حوالي 181 مليون من لبنات الحمض النووي ، وتمثل هذه النسبة ما يقارب من 6% من مجموع الحمض النووي في الخلايا بصفة عامة ولقد لاحظ العديد من الباحثين في مجال الجينات أن كثيراً من الأمراض الوراثية مرتبطة بعدة تغيرات تحدث داخل الكزوموزوم (5) وأن هذا الارتباط بين الأمراض الوراثية ، وبين بعض التغيرات التي تحدث داخل الكروموزوم (5) ساعد في الكشف عن وجود ارتباط بين هذا الكروموزوم وبين بعض الأمراض الغير معلومة الأسباب ، وقد ارتبط كروموزوم (5) بالعديد من الأمراض مثل التهاب الأمعاء كما أن التغيرات في عدد أو بنية هذا الكروموزوم يمكن أن يكون لها مجموعة متنوعة من الآثار ، بما في ذلك تأخر النمو وملامح الوجه المميزة والعيوب الخلقية وغيرها من المشكلات الصحية ،

كما كشفت دراسة جديدة في مجال الكروموزومات أن هناك علاقة بين الكروموزوم (5) والتوحد حيث وجدت جين معين يسمى (SEMA5A) أو (semaphring 5A) هو المسئول عن تمكين الخلايا العصبيةمن تحقيق أهدافها وربما يكون له دور في اضطراب التوحد

(إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ، 2012) .

وفى دراسة قام بـها مورتون وآخرون Morton, et al 1997 . على طفل عمره عامان يعانى من الأوتيزم ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة في الفص الدماغي الأيمن ، وفى دراسة أُخرى قام بها كاتس 1998 للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية Neuranatomical and neurocognitive بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية ،تم عمل رنين مغناطيسى وتحليل كمى لتشريح المخ ، كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات Caudate والأميجدال Amygdaloid. والحصين Hippocampal وصغر حجم القصيصات الفرمية في المخيخ Cerebellar vermis Iobules وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم ما بين (3,5-6,5) سنوات (إلهامى عبد العزيز إمام 1999: 45-46) .

وفي دراسة لسميرة السعد (1998: 135) وأُخرى لرفعت بـهجات (2007: 4): أكدا أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية ورئيا أن الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة أثناء الحمل أو تلفا في المخ أثناء الحمل أو الولادة قد يكونوا أسباب لاضطراب التوحد.

ويشير دايكن وماكملان (Dyken&Mac Malan) 1993: إلى أن تعرض الأُم لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة أو إدمان الأم للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل بالتوحد ، وبعد تطوير تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي ظهرت اختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحديون عن الأطفال الطبيعيين فقد اكتشفت ضمور في بعض الفصوص المخية(Clarke,1992-53) .

ولقد أدى الاهتمام بالعوامل البيولوجية إلى تأسيس وعمل بنوك للمخ والأنسجة التي تجمع من الأشخاص التوحديون المتوفون حديثا ، وجعل هذه الأنسجة متاحة للبحث وهو ما أشار إليه(Zielke,et al 1996) .

ويعتقد العلماء أن للتوحد أساسا جينياً ، ودراسات التوائم والدراسات العائلية تمدنا بدليل قوى على ذلك ، ولا يزال الباحثون يحاولون إيجاد الجينات المسببة في العائلات والتي تجعل أحد أعضائها أو أكثر توحديون ، بالرغم من إنه من النادر أن يوجد في العائلة أكثر من طفل واحد مصاب بالتوحد . فريت (Frith: 2003: 70) .

ويشير (Brill, 2001: 18) : إلى إن الدراسات الأولية أشارت إلى إمكانية أن يكون الكروموزوم رقم 13 هو المحدد للأوتيزم بينما تشير دراسات متشابهة إلى الخلل في كروموزوم رقم 7 والمرتبط كذلك بقصور اللغة والحديث . ويوجد عدد من الاختبارات الأخرى التي تدعى وجود حوالي 20 جينا مختلف مرتبط بالتوحد .

من خلال ذلك نجد أن الأسباب البيولوجية للتوحد جاءت من خلال الدراسات التي اهتمت باضطراب التوحد وبعد ما جاء عن العوامل النفسية والأسرية في أنها لم تجد ما يبررها لأن تكون أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث تؤكد النظرية البيولوجية على أن السبب للتوحد هو اضطراب غير طبيعي وشديد في الدماغ نتيجة انتقال الجينات من الأهل إلى الطفل أو نتيجة تأثيرات على الدماغ مثل الإصابة بالحصبة الألمانية أو انخفاض وزن الجنين وقد دعم ذلك وجود التوحد مترافقا مع أعراض عصبية أو عقلية .

ومن خلال ذلك نستطيع أن نقول أنه لا يوجد حتى الآن دراسات وافية في هذا المجال وأيضاً لا يوجد سبب واحد معروف لحدوث هذا الاضطراب التوحدى .

ويشير (رشاد عبد العزيز موسى ، 2002) : إلى أن هناك من يعزى الإصابة بالأوتيزم إلى خلل في بعض الجينات حيث ربطوا بين الأوتيزم وضعف نوع معين من الكروموسومات حيث أن اضطراب هذا الجين يسم بنحو 5، 16 %من الإصابة بالأوتيزم ، كما تبين أن 2% من أسر الأطفال المصابين بالأوتيزم يعانى اثنان من أقاربهم من الأوتيزم كما تبين أيضاً ارتفاع نسبة انتشار الأوتيزم بين التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية .

هذا وقد وجد أن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات x الهش x Fragile وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساسا وراثياً ولكن نظراً لغياب عمليات المسح حتى الآن لم يتم معرفة نسبة الأطفال الذين يعانون من الإعاقتين معاً وإذا أخذنا في الاعتبار أن هناك تشابهاً بين الإعاقات الثلاث فهل يوحى هذا بأن التوحد موروث ؟ ... وفى عام 1988 قامت جامعة لوس انجلوس بولاية كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتا على عينة من 27 أسرة وجد أن من بينهم 20 أسرة (7، 9%) لدى كل منها أكثر من طفل يعانى من التوحد

كما وجد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال الذين يولدون إخوة لأطفال يعانون من التوحد يصل إلى 5، 4 % بينما ينتشر التوحد في المجتمع الأمريكي عامة بنسبة أقل من ذلك بكثير(من 10 – 20) حالة من بين عشرة آلاف مواطن ، وبذلك يتضح من الإحصاءات التحليلية لهذه الدراسة أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانونمن التوحد في أسرهم يزيد 210 ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام (Howlin , 1998 , p 39) .

ويعنى ذلك أن احتمال ولادة أطفال توحديين أكثر بكثير عندما يكون لهم اخوة يعانون من التوحد ، وقد ثبت ذلك في دراسة أخرى حيث وصلت النسبة إلى 6، 8 % وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكراً فإن هذه النسبة تكون 7 % ولكنها ترتفع إلى 5، 14 % إذا كان الطفل السابق أنثى (Barly et al.1998,62-66).

ويشير (National Center For Autism, 1986, p 77) : في دراسةإلى أنه وجد أن التوحد منتشر بنسبة 96% في أزواج التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وبنسبة 27% بين أزواج التوائم المتشابهة (من بويضتين) وفى هذه الدراسة نقطة ضعف وهى أن أصل التوائم من بويضة أو بويضتين لم يكن معروفاً عن يقين إلا في 50% من أفراد العينة .

كما افترضت دراسة (Bower 2000) : وجود جين وراثي يتسبب في إصابة الطفل باضطراب التوحد وتوصلت نتائجها إلى الجين الوراثي المعروف باسم (هوكسال) قد يكون من أحد الأسباب الفعلية في حدوث الاضطراب التوحدأو قد يجعل الأطفال على الأقل عرضة للإصابة ببعض الاضطرابات الأخرى المشابهة للتوحد . (Bower,2000,p39)

العوامل البيولوجية / العصبية :

يؤكد أدلسون (Edelson S , 1998) أنه من خلال فحص أدمغة الموتى من التوحديين وجد منطقتان في الجهاز الطرفي Limbc System كانا أقل تطوراً وهما اللوزة Amygdala والفصين Hippocam Pus ، وهاتان المنطقتان مسؤلتان عن العواطف Emotion والعدوان Aggression والمدخل الحسى Sensory Input والتعلم ، كما وجد أيضاً نقص في خلايا بركينج Parkhnie وفى المخيخ Cerebellum مستخدمين التصوير بالرنين المغناطيسى (M.R.I) كماوجد أن منطقتان في المخيخ والفصيصات الفرمية 6Vermal Lobules ، 7 حيث كان أصغر بدلالة إحصائية عن الأسوياء ، ومن المثير للاهتمام أن بعض الأفراد التوحديين لديهم فصيصات فرمية 6 ، 7 أكبر من الأسوياء (Edelson ct. al. , 1998,) .

ويشير(إلهامى عبد العزيز إمام ، 1999) : في دراسة قام بها مورتون وآخرون (Morton Etal 1997)على طفل عمة عامين يعانى من الأوتيزم كشفت أشعة الرنين المغناطيسى وجود إصابة شديدة في الفص الصدفي الأيمن وفى دراسة أخرى قام بها كاتس (Kates, et al.1998) للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية Neuranatomical And Neurocognitive بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية تم عمل رنين مغناطيسى وتحليل كمي لتشريح المخ كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات Caudate والأميجد الويد Amygdaloidal والحصين Hippocampus وصغر حجم الفصيصات الفرمية في المخيخCerebella Vermis Lobulesوذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم من 5 ،6 - 8 ،3 سنة .

وتشير (سميرة عبد اللطيف السعد ، 1992) : إلى أن العديد من الأبحاث تشير إلى أن التوحد متعلق بأشكال إعاقات عصبية محددة بالرغم من أن الضعف العصبي المحدود نفسه مازال محيراً ولم يعرف بعد ،

وقد بين العديد من الباحثين علاقة عصبية ظاهرة مع التوحد بالرغم أن هذه العلاقة المحددة بالإعاقة مازالتغير واضحة ، وأن الأطفال التوحديين لديهم إشارات عصبية تظهر في الرسم الكهربائي للمخ أكثر ليونة من الأطفال العاديين ، وتقرر الدراسات أن بين 40 - 100% من الأطفال التوحديين يظهرون على الأقل واحدة من هذه الإشارات

كما أن الأشخاص التوحديين لديهم أيضا احتمالات عالية في ظهور إشارات غير طبيعية في فحص الرسم الكهربائي للمخ (EEG) ودلت الدراساتعلى أن (EEGS) غير طبيعية في 20 - 65% من الأطفال التوحديين توصف بميلان حاد أو نوبات من موجات حادة منطلقة بالإضافة إلى EEG غير الطبيعي للأطفال التوحديين فإن لديهم إمكانية حدوث نوبات الصرع .

ويعتقد (رمضان القذافى ، 1994) : أن الاضطراب العضوي الذي يصيب بعض مراكز المخ قد يؤدى إلى إحداث خلل في وظائف تلك المراكز ، وخاصةفي مجالات الإدراك والتوافق الحركي .

ويشير (حسنى إحسان الحلواني ، 1996) : إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب عصبي نيورولوجى أو وظائف بعض أجزاء المخ المحددة أو التي تمثل ساق المخ والمخ الأوسط ، والفصوص الجبهية للقشرة المخية ، وهذا الاضطراب الوظيفي ينعكس في صورة اضطراب للمهارات الانفعالية وعمليات الإحساس والقدرات المعرفية واللغوية .

كما أثبتت دراسة (إيمان أبو العلا ، 1995) : أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات التوحد ، كما أنها توجد اضطرابات في أسفل المخ والجهد المستثار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة ، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث .

وكشفت النتائج في الدراسة التي قام بها (كاوسكى 1997) بهدف التعرف على اختلال وظائف المخ لدى 158 مريضاً بالأوتيزم من خلال فحص تغيرات غير طبيعية في رسم المخ الكهربي وللتعرف على نشوء مرض الصرع في المراهقين المصابين بالذاتوية أن 5، 47 من المرضى لديهم هذه التغيرات غير الطبيعيةفي المنطقة الجبهية في المخ (Kawasaki et al.1997) .

وقد أشارت عدد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الإصابات المرضية التي تسبب تلفاً في الجهاز العصبي المركزي إثناء مدة الحمل ومرحلة الطفولة وبين اضطراب التوحد ، ومن هذه الإصابات فيروس الهربس ، والحصبة الألمانية ، والتعرض للأشعة .

فيروس الهربس:

يشير (إيهاب الببلاوى ، 2009) : إلى أن هذا الفيروس هو الذي يسبب تكون حويصلات مائية حول الشفاه عند الإصابة بالبرد ، والأنفلونزا ، وقد يسبب هذا الفيروس نفس الإصابة حول فرج المرأة الحامل (الهربس الجنسي) حيث يكون مصدراً لعدوى المولود بمرض الهربس ، ولذلك يفضل الأطباء إجراء عملية قيصرية للمرأة التي تحمل المرض لتحاشى إصابة المولود عند ولادته ، وإذا أصيب المولود بعدوى الهربس فإنه يصبح عليلاً ، وقد يصاب بالإعاقة الفكرية ، أو التوحد واليرقان وتضخم الكبد والطحال والنزيف ، وإصابات في الشبكية ، وقد تؤدى عدوى الهربس إلى حدوث تشوهات في المواليد مثل : صغر حجم الرأس ، وصغر مقلة العين كما قد تسبب التهابات في المخ ووفاة المولود ، وتبلغ نسبة وفيات المواليد بسبب الإصابة بالهربس في حالة إصابة الدماغ حوالي 95% ،

وتلك التي تنتشر في الجسم دون الدماغ 92% أما إصابة الجهاز العصبي دون الدماغ فتبلغ 95%، وتبلغ الوفيات 16% إذا كانت الإصابة في العين وغيرها من الأجهزة المجاورة ، أما إذا أصيب الجلد والفم فقط فتنخفض الوفيات إلى 2%.

الحصبة الألمانية :

وتشير (وفاء على الشافعي ، 2004) : إلى أن البحوث والدراسات أكدت أن تعرض الأم للعدوى بالحصبة الألمانية خلال شهور الحمل الأولى ، فإن ذلك يودى إلى حدوث اضطرابات في السمع وفقدان وزن المولود وتضخم الكبد والطحال والتهاب الكبد واليرقان ونقص الصفائح الدموية الذي يؤدى إلى حدوث النزيف والمياه البيضاء في العين وسوء تكوين القلب وصغر حجم الرأس والإصابات الجلدية والإعاقات الفكرية ، وارتفاع في الضغط الداخلي للعين وصغر مقلة العين واعتلال الغدة الليمفاوية ، وقد وجد أن نسبة الإصابة بهذه العيوب تكون أعلى إذا أصيبت الأم الحامل بالحصبة الألمانية في الشهر الأول لأكثر من 70% من الأجنة وتنخفض الإصابة إلى أقل من 50% في الشهر الثاني ، أما إذا حدثت الإصابة في الشهر الثالث فلا تزيد نسبة إصابة الأجنة عن 10 - 15 % ، ولكن عيوب نمو الجهاز العصبي على المستوى الوظيفي تستمر في الظهور .

التعرض للأشعة :

يشير (إبراهيم بدر ، 2004 ، Nicola, B., et al 2003 : p. 17 – 25) إلى: أن تعرض الأم الحامل للأشعة السينية المختلفة في المستشفيات والعيادات يؤدى إلى طفرات في المورثات وغلى تزيغ بالصبغات (الكروموزومات) وإلى نتقانفي النمو داخل الرحم وخارجه وإلى تشوهات خلقية تؤدى إلى إجهاض الجنين أو وفاته أو إصابته بتشوهات خلقية ، وتعتمد شدة إصابة الجنين أثناء الحمل على عدة عوامل منها :

كمية الأشعة التي تتعرض لها الأم الحامل ، ومدة التعرض لها .

مدة الحمل ، فالتعرض للأشعة في بداية الحمل تؤدى إلى صغر الدماغ والشفة المشقوقة والإعاقة الفكرية ، وتشوهات بالعظام والعمود الفقري والصرع ، أما التعرض للأشعة في وسط الحمل ونهايته تعرض الجنين للإصابة بسرطان الليوكيميا في سن الطفولة .

مكان التعرض للأشعة مثل الشريان الرئيسي للجسم وشريان البطن والقناة البولية في المثانة فهذه المناطق من الممكن أن تنقل إلى الجنين نسبة عالية من الإصابة . وقد أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير الرنين المغناطيسي MRI .

وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ وعدد معين من خلايا بوركينجى .

أن من 20 – 25 % من أطفال التوحد يظهرون اتساع البطينات الدماغية .

أن أجزاء من المخيخ في 82 % من حالات التوحد غير كاملة .

شذوذ في تخطيط الدماغ بنسب متفاوتة في حوالي 10 – 83 % من أطفال التوحد

وجود تلف في الفص الصدغي **Temporal** وهذا الفص يوجد في مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعي ومن هنا يمكن الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوحد .

تشوه أو زيادة في سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ .

وجود خلل في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم النظام الشبكي النشيط .

العوامل البيوكيميائية **Biochemical Factors**

يشير (لويس كامل مليكة ،1998: 268) إلى أن معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال تتفق على أن مستوى السيروتونين في الدم المحيطي **Peripheral** أعلى لدى الأطفال التوحديون مقارنة بالأطفال الأسوياء إلا أنه يبدوأن السيروتيما **Serxotonemia** الموجودة في حوالي 30 % من الأطفال التوحديون أكثر إرتباطا بأنخفاض مستوى الذكاء عنه بالأوتيزم في حد ذاته ، وفى عينة صغيرة من المرضى وجدت ارتباطات دالة بين **Hyperserotonemia** ،

كما يوجد نقص في السائل المخي النخاعي :حامضي Hydroxyindoleacetic Acid وهو المستقلب السيروتينى الرئيسي Main Serxotonin Metabolite وقد وجد Hydroxy-Dimethyltryptamine Baufotenine في بول التوحديين وعائلاتهم ، ولكن لم يوجد في بول الأسوياء في المجموعة الضابطة .

كما أكدت عدة بحوث أخرى على وجود عوامل كيميائية في حالات التوحد ومن بينها بحث اجري في السويد (Piven, 1990) وتبين أن درجة تركيز حمض الهرموفانيلك أكثر ارتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشكوى Cerebral Fluid في حالات التوحد مقارنة بالأطفال العاديين كما لوحظت في دراسات اخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات العصبيةوهى Serotonin في دم 40% من الأطفال التوحديين وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار Fenfulamine لوحظ تحسن في الأداء اللغوي . Campell&Guava) 1995,p126-69) .

وفى هذا المجال يستخلص كل من (عثمان فراج ،2003: 12) عادل عبد الله (2004: 173-174) مجموعة من العوامل البيئية والعصبية والكيميائية التيقد تلعب دورا ملحوظا في حدوث اضطراب التوحد هي :-

التلوث الكيميائي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق والزرنيخ .

أحد صور التمثيل الغذائي مثل حالات pku ، أو مرض السكري .

خلل أو قصور في الجهاز المناعي.

إصابة بكتيرية أو فيروسية ، مثل التهاب الغدد النكافية ، أو التهاب الكبد الوبائي ، أو الايدز ، أو نقص المناعة المكتسبة ، أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية .

تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائيةأو للإشعاعات .

التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (x)، أو التسرب الإشعاعي ، أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة الثقيلة .

التعرض للأمراض المعدية ، وخاصة تعرض الأم الحامل لها ، وإصابتها بها أو تعرض الطفل لها في بداية حياته أو خلال عامه الأول .

كما يشير (عثمان فراج،2003: 7) : إلى أنه قد زاد الاهتمام بالعوامل البيئية الكيميائية بعد الضجة التي أثيرت في أوائل التسعينات عندما أُكتشف أن عقار الثالومين الذي كان يستخدم بكثرة بين السيدات لتثبيت الحمل كان سببا لولادة أطفال يعانون من تشوهات جسمية أو تخلف عقلي أو صمم ،

أو كف بصر بعد ولادتهم وتبين أن 5% من ضحايا هذا العقار قد أصيبوا بالتوحد ، حيث تبين أن تأثير الثالومين يحدث في الأسابيع أو الأيام الأولى للحمل إذا تعاطته الأم بعد الإخصاب بفترة وجيزة ، وقد لا تكتشف الأم أنها حامل عند تناولها هذا الدواء في الأيام الأولى للحمل حيث يكون الجهاز العصبي في مرحلة بدء تخلقه (20-24) يوما من بدء الحمل .

كما ترى (زينب شقير ، 2004) ،(جمال القاسم وآخرون ، 2000): إن تزيد احتمالية ولادة طفل توحدى في حالات الولادة المتعثرة أو المعقدة وتجدد الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليم لاعتبارها مسببا أساسيا في وجود حدوث حالة توحد.

وفى دراسة قام بها كل من (Kan,patricia & Kan Edward 1998: 207-218) للتعرف على شذوذات الأيض Metabolic aderrations من خلال عينات لدم وبول 50 طفل يعانون من التوحد وكشفت النتائج أن هناك ارتفاع ممزق بسلسلة طويلة من الأحماض الدهنية plly acids وهو ما تم تفسيره بأن تراكم الأحماض الدهنية لديه تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة

وكلها مميزة في الاضطراب التوحدى كما أن معدل البيتاانرورفت Betaendorphi (مواد تشبه الأفيونات وتفرز داخليا في الجسم) المناعية التفاعلية في البلازم التوحديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائيا مقارنة بالأسوياء .

وفى دراسة قام بها (مكبريد وآخرون 1998) : بهدف التعرف على تأثير التشخيص Diagnosis والسلالة Race والبلوغ على مستوى السيروتونين في الصفائح الدموية platelet في التوحد بين المتخلفين عقلياًMental Retardationتم قياس مستوى السيروتينين في الصفائح الدموية لدى 77 من الأسوياء كمجموعة ضابطة و22 من المتخلفين عقلياً أو لديهم إعاقة معرفية قبل البلوغ ، وأشارت النتائج إلى أن من بين أطفال ما قبل البلوغ الذين تم تشخيصهم كذاتويين زيادة في تركيز السيرتونين أكثر من الضابطة كما أشارت أيضاً إلى انخفاض معدل السيروتينين بعد البلوغ عن معدله قبل البلوغ ولم توجد فروق دالة بين السلالات المختلفة -p.et al, 1998, p 767- (Mcbride 776).

وتضيف (سميرة السعيد ،1997) : إلى انه من أهم أسباب التوحد الإصابة بأمراض معينة كالاختلال في التمثيل الغذائي (الكيميائي) للخلايا والتكوينات غير الطبيعية ، حيث أن 5% من أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي للأحماض الأمينية (أحماض هاضمة) وتركيزات عالية

من حمض اليوريك في البول ، وكذلك صعوبة في التمثيل الغذائي للبروتين الموجودفي الحليب ومنتجات الحبوب (الجلوتين والكازين).

إلا أننا حتى الآن لا نرى أسباب قوية للإصابة باضطراب التوحد حيث للآن يختلف العلماء في تحديد الأسباب التي لم تكن قاطعة فمنهم من يرجعها إلى العوامل الخارجية كملوثات البيئة مثل الزئبق والرصاص والمعادن السامة واستعمال المضادات الحيوية بشكل كبير أو التعرض للفيروسات أو الالتهابات وضعف المناعة وضعف التغذية ونقص مضادات الأكسدة ونقص قدرة الجسمعلى التخلص من السموم والمعادن السامة ، ونقص الأحماض الدهنية .ومنهم من يرجعها إلى العوامل الجينية الوراثية في حالة قابلية جينات الطفل للإصابة بالتوحد .

عوامل عضوية / بيئية :

يشير (عبد العزيز الشخص ، وزيدان السرطاوى ،1994): إلى أنه يمكن تصنيف معظم النظريات التي تناولت مسببات التوحد الطفولي إلى ثلاث توجهات أساسية إما عضوية أو عضوية بيئية أو بيئية ، وتركز النظريات العضوية عموماً على العوامل الوراثية للطفل والتفاعل بين تلك العوامل الوراثية وبيئة الرحم أو بعض أشكال الإصابات أو الأمراض التي قد يتعرض لها الجنين قبل أو أثناء الولادة بفترة وجيزة

وتفترض نظريات الطبع **Nature Theories** أن الطفل التوحدى يعانى من خلل عضوي وأن الوالدين أو غيرهم من المؤثرات البيئية ليست لهل تأثير يذكر على حالة الطفل وعلى العكس من ذلك فهناك نظريات التطبع **Nuryion Theories** التي تذهب إلى أن الطفل التوحدى يعد عادى من حيث الجانب العضوي غير أنه يتعرض لمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة جداً من حياته تسفر عن إصابته بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسئولية تعرض الطفل للاضطراب على الوالدين بصفة خاصة أما أصحاب النظريات التي تجمع بين الطبع والتطبع فيذهبون إلى أن حدوث التوحد ينتج عن تعرض الطفل الذي لديه استعداد عضوي لذلك لمؤثرات بيئة سلبية قوية مثل الحرمان العاطفي أو الرفض الوالدى الشديد .

بينما تشير (لورنا وينج ، 1994) : إلى أنه فيما يتعلق بالعوامل العضوية أيضاً فهناك الأسباب الرئيسية لأمراض المخ المختلفة التي تقود إلى السلوك التوحدى ومثل هذه المسببات يمكن التعرف عليها لدى ثلث الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، فمن بين العديد منها نجد الالتهاب الدماغي **Ence Phalitis**في السنوات الأولى من العمر وإصابة الأم بالحصبة الألمانية **Rubella** خلال فترة الحمل وحالة فينيل كيتونوريا غير معلجة

(وهى عبارة عن اضطراب حيوي كيمائي يعالج بواسطة نظام غذائي خاص إذا شخص مبكراً في مرحلة الطفولة)

والتصلب الدرنى للأنسجة غير طبيعية في المخ والجلد والتشنج الطفولى اللاإرادي Infantile Spasms (وهو شكل نادر وحاد من الصرع ينشأ في السنة الأولى من العمر) والصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص الأوكسجين كما ترجع إصابة المولودين بصعوبات بصرية حادة وبتلف دماغي باضطرابات توحديه .

بينما يرى كثير من الأطباء الذين تابعوا دراسة حالات التوحد أن السبب يعود إلى اضطراب عضوي يصيب بعض مراكز المخ مما يؤدى إلى الإخلال بوظائف تلك المراكز خاصة في مجال الإدراك والتوافق الحركي ، فقد أشار بعض الباحثين إلى أن أكثر المصابين بهذا الاضطراب يصبحون عادى الذكاء عندما يصلونإلى سن الشباب حيث يتخلصون من اضطرابات التفكير والاضطرابات الذهنية وتتحسن لغتهم كما تعود لديهم اهتماماتهم بالعلاقات ماعدا مشكلاتهم الاجتماعية التي تبقى قائمة (رمضان القذافى ، 1988) .

ويشير (عادل عبد الله ، 2004) : إلى العوامل البيئية التي تسبب اضطراب التوحد فيما يلي :

التلوث البيئي الكيميائي مثل التلوث بالمعادن كالزئبق والرصاص .

التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدى إلى حدوث تسمم عضوي عصبي .

التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة .

التعرض للأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرض الطفل لها بعد الولادة .

اضطراب عملية الأيض أي حدوث خلل في التمثيل الغذائي .

تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم أو تعاطي الكحوليات .

تعد البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي ينشأ فيها الطفل لها دور كبير في حدوث أو منع أو تطور اضطراب التوحد .

قد تؤثر العوامل البيئية في تطور اضطراب التوحد حيثيمكن ملاحظة ما يلي :

أن الوالدين قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما التوحدى مثلاً لا يستطيعان مساعدته على اكتساب سلوك مرغوب أو الحدمن السلوكيات غير الاجتماعية .

قد لا تعمل البيئة التي يوجد فيها الطفل على مساعدته كي يتمكن من القيام ببعض السلوكيات مثل اكتساب مهارات تساعد على الاندماج والتفاعل مع الآخرين .

ظروف الحمل والولادة ومنها :

التعسر أثناء الولادة .

سحب الجنين بالجفت نظراً لوجوده في وضع غير طبيعي عند الولادة .

اختناق الجنين بالحبل السري .

استخدام الأم لعقاقير طبية .

كبر سن الأم وقت الحمل .

ترتيب الطفل بين أخواته .(وفاء على الشامي ، 2004).

وفى تقرير بحوث (بيرنارد ريملاند) تبين وجود خلل أو إصابة Iesion في نسيج مركز ساق المخ Stem الذي يعرف باسم Reticular Activating Systyem(R.A.S) هو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم

وهى إصابة أو خلل يحدث في أثناء فترة الحمل فتضعف قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به ، كما أنه هو المركز الأساسي للمعرفة بدءاً من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمس مروراً بإدراك معانيها وتشفيرها Coding وتخزينها في الذاكرة واستدعاءها عند الحاجة واستخدامهافي التجاوب مع مثيراتها أو حل مشاكله بالإضافة إلى أهميتها في التعلم والتخيل والتعبير ، هذا ويشترك مع العالم ريملاند العالمان Deslaurier , Carlson في هذا التفسير كما يؤكد ريملاند أن هذا التنظيم R. A.S المذكور والذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق متعاوناً مع التنظيم اللمبادى Limbis System الذي يقع في مركز المخ في هذه الوظائف آخذاً في الاعتبار أن الجهاز اللمبادى يعتبر مركزاً لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهى نقط الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد) كما أنه مسئول عن التفاعل مع بعض الأمراض الفيروسية (Rimland.B,1995,p92) .

اضطراب الجهاز العصبي :

تعيش في الجهاز الهضمي للإنسان الملايين من البكتريا النافعة التي تساعد في هضم الطعام والمحافظة على توازن الماء في الجسم ومن الميكروبات الضارةمن النمو والتسبب في الالتهابات والأمراض ، والعكس هو الصحيح لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد ،

ففي أمعائهم يوجد نمو مفرط للميكروبات الضارة من بكتريا وفطريات وخمائر ، فتستهلك هذه الميكروبات الضارة العناصر الغذائية وتضعف امتصاصها ، مما يجعل الطفل بحالة من سوء التغذية ، بالإضافة إلى قدرتها على الاختراق داخل خلايا الأمعاء مما يؤدى إلى تشكل ثقوب فيها فتتسرب المعادن الثقيلة وجزيئات الغذاء غير المهضوم جيداً مباشرة إلى الدم وهذا كله سيؤدى إلى تجمع العناصر الثقيلة في الجسم ، وإثارة حساسيات غذائية بالإضافة إلى أن الميكروبات نفسها تفرز باستمرار مركبات سامة تضعف صحة الطفل وتؤثر على دماغه فينعكس أثارها على سلوكه أيضاً ، كما يعانى أطفال التوحد من اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل الإمساك والإسهال كما توضح دراسة مولوى ومانين (Molly, Mannin 2003) أن الإسهال من أكثر الأمراض المعوية الشائعة بين أطفال التوحد في عمر 8 سنوات .

مشكلات التغذية :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى، 2012) : إلى أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يعانوا من مشكلات في التغذية والتي تتمثل في الإفراط في تناول طعام معين واحد والإصرار على تقديمه ، أو الحساسية الغذائية من البروتينات الغذائية (الكازين والجلوتين) ، كما يعانون من عسر الهضم وسوء الامتصاص الذي يؤدى إلى الإمساك والإسهال وسوء استفادة الجسم من العناصر الغذائية

مما يعرض الطفل إلى ظهور سوء التغذية ، وأثبتت بعض الدراسات ان 75%من أطفال التوحد لديهم مشكلات في الغذاء ، ومن خلال فحص أجرى على 500 طفل من ذوى اضطراب التوحد تبين أن لديهم مواد مورفينية في البولوعلى سبيل المثال :

- بيبتيد الكازومورفين Casomrfine وهو بروتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم جزئيات الجزئيات الموجودة في الحليب .

- بيبتيد الغيلوتو مورفين Glutomorfine وهو جلوتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزئيات الموجودة في القمح والشوفان .

- المركبات الأخرى التي وجدت في تحليل بول المصابين بالتوحد مثل الديلترومورفين ، والديرومورفين Diltromorfine,Diromorfine وهى مواد مخدرة قد تؤدى إلى التوحد .

(5) أعراض التوحدSymptoms :

يشير (عثمان فراج ، 1995) : إلى أنه لما كان التعرف على الأعراض الحقيقية لهذا الاضطراب أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم له ولما كانت بعض هذه الأعراض تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالإعاقة الفكرية أو صعوبات (إعاقات التعلم) وربما أيضاً مع بعض أعراض الفصام الطفولى أو الاكتئاب فمن الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراضآخذين في الاعتبار ما يلي :

أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعانى من اضطراب التوحد بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى .

أنه قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور وقد تبدأ ظهور أعراض التوحد في بعض الحالات في خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد ، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل .

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة :

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدى خلال الشهور الستة الأولى من عمره مثل :

يبدو وكأنه لا يريد أمه ، ولا يحتاج إليها ولا إلى وجودها معه .

لا يبالى بمسالة أن يقبل عليه أحد الراشدين ، ويقوم بحمله حتى وان كان هذا الشخص وثيق الصلة به .

تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات .

لا يبكى إلا قليلاً ومع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير .

لا يستطيع الأطفال إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره .

يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .

لا يبتسم إلا نادراً .

تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة .

من الأمور المهمة التي تميز استجاباته إنها دائماً ما تكون متوقعة .

لا يبدى الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدى في النصف الثاني من العام الأول من عمره :

هناك العديد من السمات أو الأعراض التي أظهرتها نتائج الدراسات الحديثة والتي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدى في النصف الثاني من العام الأول من عمره ، وهو ما يساعدنا على اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره ، وهذه الأعراض أو السمات هي :

لا يبدى الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .

لا يبدى الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه .

يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .

تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً. (عادل عبد الله ، 2004) .

ثالثاً : الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحد :

شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام ، وفى معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من الإعاقة الفكرية غالباً متوسط الدرجة (معامل ذكاء 35 – 49) Moderate Mental Retardation .

شذوذ في الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلةأو شرب السوائل بكثرة ، والاستيقاظ المبكر ليلاً بهز الرأس وأرجحتها) .

شذوذ الجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية ، والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذيةأو أحداث Anxiety والقلق العام والتوتر Tension .

سلوك إيذاء النفس Self - injurious Behavior مثل خبط الرأسفي الحائط أو عض الأصابع أو اليد وقد يصاحب هذه الأعراض بالإضافة إلى ما سبق اضطرابات نفسية أخرى نوبات الاكتئاب العظمى في المرهقة أو الحياة البالغة ، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر ، فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها ، ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه أي لا يأتي بحركات توقعية Anticipatory Moveement. (محمود حمودة 1991).

التبلد وعدم الاكتراث بالناس كما قد تجده من بعد ذلك يجلس وحيداً وقد بدأ على عينيه الانشغال ببعض الأمور ، ثم أن هناك أعراض سلوكية شاذة من بينها التأرجح والإصرار على أن تظل البيئة دون تغيير ،أو النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهارات إلى حد أكبر من الأخرى ، والطفل التوحدى يبدى الاشتغال أو الانشغال الشديد بالأشياء الميكانيكية ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعجه أحد ، وكثيراً من الآباء يتوهمون الصمم في أمثال هؤلاء الأطفال بسبب قلة الاستجابة لديهم والهلاوسلا وجود لها. (ريتشارد سوين، 1979).

ممارسة أنماط سلوكية نمطية Stereotyped شاذة في الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشي على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي (Wolf, 1988, 576) .

الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، كما يوجدلديهم اضطراب في القدرات الإدراكية المعرفية كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكمفي الحركات الدقيقة فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط Hyperkinesia وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية.

(Koegel,et.al,1982 في عبد المنان ملا معمور،1997) .

رغبة قلقة متسلطة في الإبقاء على حالتهم كما هي Statuesque بالإضافة إلى صعوبات اللغة ، وتشمل البكم Mutism ، وعدم قبول مرادفات ، والنوع الترجيعى (المصاداه) Echolalia في تكرار الجمل الكاملة واستعمال الضمائر مقلوبة كإشارة الطفل لنفسه بضمير "أنت " ولمخاطبه بضمير"أنا" نمط شائع وله دلالة على نوع المرض ، وعلى ما يظهر فالتفوهات بألفاظ لا معنى لها أو بلهاء أو غير ملائمة أو صحيحة كثيرة الحدوث وتمثل في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس.

(كمال الدسوقي ، 1988)

لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (مثلاً قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كأطفال أو كسيارات تسير على الطريق.
(كريستين مايلز ، 1994) .

مظاهر القلق Anxiety والعدوان الذي يتميز بالعنف Violence والانفصال الشديد عن الواقع والتكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال(فتحي عبد الرحيم ، 1990)

ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك ، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف .

اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى ويبدو على بعض الأطفال أحيانا مهارات ميكانيكية عالية حيث يتواصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة ، وتشغيل الأقفال ، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين ، وقد يبدى بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف واستخدام الأدوات الموسيقية (رمضان القذافى ، 1993) .

الاستجابة الدفاعية غير العادية للمس Tactile Defensive : عادة ما يكون لدى هؤلاء الأطفال رد فعل غير مناسب ، فعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب أن يلمسه أحد فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس في الأمور العادية مثل غسل الشعر أو تسريحه أو قص الأظافر أو ملامسة بعض الأشياء ،

مثل ملمس بعض أنواع الطعام أو ملمس ملابس معينة ، وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمسوعلى العكس من ذلك فقد نجد أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجابتهم ضعيفة لهذه المثيرات فنجدهم لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملامس ساخنة (Toni Hager,1999)

الاستجابة الدفاعية (غير الطبيعية) للمثيرات السمعية Auditory Defensive ويمكن أن تحدث بصورة سلبية أو خوف من الأصوات والضوضاء فنجد أن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مثل صوت السيفون في الحمام أو صوت مكبرات الصوت العالية والضوضاء ، ويستجيبون استجابات غريبة بأن يقوموا بالتصفيق بأيديهم أو بأن يضعوا أيديهم على آذانهم .(Holle,B., 1990 ، محمد صبرى ، 2004) .

ويشير (محمد شعلان ، 1979): إلى أن أعراض التوحد قد تأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه في الشهور الأولى ، فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وإن كان لا يصادقهم ، وتزداد الأعراض وضوحاً بعد العام الأول فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هذا السن ،

إلا أن الطفل التوحدى ينغلق على نفسه ولا تظهر لديه حاجة إلى الاتصال بالآخرين فيصبح استخدامه للغة بالتالي غير ضروري ، وق لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء ، وق يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت (الرقص مثلاً) .

يشير (Gabriels.& Hil, 2003: 16) : إلى أن الشكل الأساسي للطفل التوحدى يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية وتحديداً في التفاعل الاجتماعي . ويرجع ذلك إلى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل التوحدى ، حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو إنها غير موجودة بالمرة أو أن بها عجز في ناحية ما ، وخلاصة القول أن هذا الطفل يعانى من مشاكل في اللغة ويتبعها مشاكل في التفاعل الاجتماعي وما نجده أيضا بوضوح في الطفل التوحدى هو السلوك التكراري ، بمعنى أنه يكرر ما يفعله في كل مرة ويصر على روتين يومي معين وثابت ويواجه تغيير هذا الروتين بالثورة والغضب .

ويشير (عبد العزيز الشخص ، 2003) : إلى أنه من أعراض التوحد أن يبدى بعض الأطفال التوحديين مستوى أداء متميز في مجال محدد وضيق جداً بينما يعانى ضعفاً شديداً في بقية المجالات وهى تلك الحالة التي يطلق عليها العبقري والمعتوه ldiot Savant أو المعتوه الحكيم Wise ldiot

مثال ذلك القدرة الغير عادية على إجراء العمليات الحسابية (الجمع والطرح) بينما قد يتميز آخرون في مجال الموسيقى أو الميكانيكا أو الرسم ، ورغم ذلك فأنها عديمة الفائدة لأنها لاتهدف إلى انجاز الأشياء ، أو تساعد على التفاعل مع الآخرين .

ويصف عثمان لبيب فراج (1995) الاضطراب اللغوي لدى الطفل التوحدى بالقصور اللغوي والعجز عن التواصل حيث يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعانى من الصمم وبالتالي من البكم (Mutism) حيث لا يستجيب أحياناً الطفل لصوت رغم ارتفاعه ويستجيب في نفس الوقت للأصوات الخافتة مثل ورق الجريدةأو الورقة التي تغلف قطعة الشيكولاتة .

وبهذا يصبح عدم تجاوبه راجع إلى عدم قدرته على فهم الرموز اللغوية ومعنى الأصوات .

ولا يتقن اللغة التي يستعملها لوصف ذاته واحتياجاته .

يصدر أصوات عديمة المعنى أو همهمة غير مفهومة ومتغيرة تجعل المحيطين به يفشلون في تلبية رغباته لتغير المقاطع والنغمات .

ويردد نفس السؤال إذا سألته إما مباشرة أو بعد فترة .

لا يستخدم الكلمة في مكانها الصحيح في الجملة بل ويفشل في تكوين جملة صحيحة .

يعجز في الربط بين الشكل والمعنى والمضمون والأثر الوجداني للكلمة غير موجود لديه ، فلا يميز الأثر النفسي للتعبيرات اللفظية وغير اللفظية .

تعميم معرفي لوصف الأشياء ويظل ثابت مثلاً كتاب يحكى قصة محددة يظل يطلق هذا الاسم على كل كتاب يراه - كما هو في مراحل النمو المعتادة في الطفولة المبكرة حيث يسير النمو عادة من العام إلى الخاصمن اللاتمايز إلى التمايز مما يدل على عدم النضج في العمليات المعرفية لديه وقدرته على إدراك وتمييز الأشياء بدقة .

عدم فهم التعليمات اللفظية والشفوية والأوامر فالمعنى من وراء اللفظ المستخدم وبالتالي لا يستجيب لما يطلب منه .

صعوبات في اكتساب اللغة ونموها وفقر في المحصلة اللغوية رغم عدد السنوات العمرية للطفل .

ويتفق كل من محمد إبراهيم عبد الحميد (2003) ، عبد الفتاح عبد الحميد الشريف (2007) على أن أعراض التوحد تظهر فيما بين العام الثاني والثالث

وتظهر هذه المشكلة كلما زادت سنوات العمر وزاد ابتعاد الطفل عن الآخرين وفقد إحساسه بالزمن وازدادت الحركات غير الهادفة وفقد قدرته في التعامل مع البيئة والتفاعل معها في نفس الوقت الذي يقف عجزه عن الاتصال اللغوي عن طريق الكلام بالبيئة التي يعيش فيها حائلا بينه وبين نمو شخصيته وإدراكه لذاته .

ويرى (Michael: 1999) : أن أعراض التوحد يبدأ ظهورها لدى الطفل التوحدى خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي وغياب الاتصال الاجتماعي ، وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر ، وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر الاستغناء عنها ، ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الأم والخطر ، ويصبح السلوك مشتت ، وقد أوضحت الإحصائيات إن من 75: 85% من التوحديون يعانون من تخلف عقلي بدرجات متفاوتة .

ويشير (محمود على محمد ، 2004) : إلى عدة مؤشرات يمكن ملاحظتها على الطفل التوحدى داخل الأسرة ، منها :

الحركات المتكررة مثل الجري ، وفتح وغلق الباب باستمرار في البيت .

الاهتمام بالأشياء المتحركة حيث يلاحظ على الطفل التوحدى أنه دائم النظر إلى المروحة في السقف ومشاهدة الأفلام التليفزيونية .

الطرق والخربشة على الباب .

إيذاء الذات حيث العبث بالأواني وأدوات المطبخ .

صك الأسنان عند تناول الطعام .

الاضطراب من تغيير الروتين ويظهر ذلك في حالة وجود الضيوف أو تغيير مكان النوم .

الصراخ وإصدار أصوات غريبة وذلك يكون في فترة الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة .

ومن أبرز أعراض التوحد:

أن يجد الطفل صعوبة في تكوين العلاقات الاجتماعية ، وعدم قدرتهعلى التواصل والمشاركة في اللعب الجماعي مع أقرانه من الأطفالولا يشارك الآخرين في اهتماماته .

عدم القدرة على التواصل مع الآخرين عن طريق الكلام أو التخاطب فالطفل التوحدى يعانى من انعدام النضج في طريقة الكلام ، ومحدودية فهم الأفكار واستعمال الكلمات دون ربط المعاني المعتادة بها ، وترديد العبارات والجمل إلى يسمعها .

بطء المهارات التعليمية ، وأثبتت الدراسات أن 20%من الأفراد الذين يعانون من التوحد متأخرون في اكتساب القدرات العقلية ، وأكتشف أن لدى المصابين بالتوحد مهارات ومواهب معينة في مجالات الموسيقى والرياضيات ومهارات يدوية مثل تركيب أجزاء الصور المقطوعة ، بينما يظهر تخلف شديد في مجالات أخرى .

يظهر على 2% من الأطفال الذين يعانون من التوحد حالات صرع ، ويعانى بعض الأطفال من الحركات الزائدة ، وعدم القدرة على التركيز والاستيعاب .

التمسك بروتين حياتي معين والالتزام به كأن ينشغل الطفل بلعبة واحدة لفترة طويلة دون الملل منها ،كفتح الباب وغلقه .

غالبا ما يعانى هؤلاء الأطفال من وجود حركات متكررة للجسم تكون غير طبيعية ، كهز الرأس المستمر ، أو رفرفة اليدين أو ضرب رأسه بالحائط .

أعراض التوحد في الطفولة المبكرة :

تشير الدراسات عن التعرف الوالدى لعدم السواء النمائى في التوحدأن ما يقرب من 30: 53% قبل أن يصل طفلهما إلى عامه الأول ، وأن 80: 90% على الأقل أدركوا عدم السواء لدى طفلهم في الشهر الرابع والعشرين .

(DiGiacomo&Fombonne1998) .

ويضع (عثمان لبيب فراج ، 1994) ثمانية أعراض تشخيصية للطفل التوحدى هـــي :

القصور الحسي .

العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي .

الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر .

نوبات إيذاء الذات .

القصور اللغوي والعجز عن التواصل .

التفكير الإجتراري المنكب على الذات .

قصور في السلوك التوافقي .

الأفعال القسرية والطقوس النمطية .

أعراض التوحد لطفل بلغ سن المدرسة :

بالنسبة للطفل ذي اضطراب التوحد فإن سنوات المدرسة الابتدائية تجلب تحديات ترتبط بالتوقعات المتغيرة التي تصاحب النضج الفيزيقي والسلوك المتزايد أثناء الفترة من سن (6-12) سنة ، يواجه الطفل ذو اضطراب التوحد انتقالات إلى بيئات تعلم جديدة ، ويحتك بنظائر كبار وجدد ، ويبتعد عن بيئة وروتين الأسرة هذه التغيرات تؤثر في كثير من مجالات الوظيفة ، حيث يلزم الطفل بالتكيف مع البيئات الاجتماعية المعقدة التي تطلبه ، يتعلم مهارات أكثر صعوبة وبالتواصل عند مستوى أعلى ، وبتجهيز معلومات أكثر هذه الخبرات - الطبيعية والشائعة لدى أطفال المدرسة - تمثل تحديا خاصا للأطفال ذوى اضطراب التوحد ، الذين لديهم تأخرات نمائية في مجالات متعددة ، وأيضًا صعوبة في التكيف مع المتغيرات في بيئتهم .

ومع ذلك فإن معظم الأطفال ذوى اضطراب التوحد – في الوقت نفسه –يحققوا تقدما أثناء سنوات المدرسة ، ويكتسبون مهارات جديدة ويتعلمون مواجهة الناس ، والأماكن والأحداث الجديدة . المسار النمائى الذي يتبعه الطفل أثناء هذه الفترة يصعب التنبؤ به فهو المنتج المعقد للعملية الديناميكية التي تربط النضج العصبي بالتأثيرات البيئية . والتعلم ، نشاط التعليم الذاتي للطفل نفسه . (Ciccetti&Tvcker,1994)

التوحد لدى المراهقين والكبار :

هناك اتفاق بين البحوث والتراث الإكلينيكي يتمثل في أن التوحد حالة عجز مستمرة طوال الحياة تقريبا ، ومع ذلك فإن هناك كثير من الباحثين الذين أشاروا إلى أن عدداً قليلا من الأفراد الذين شخصوا على أن لديهم توحد في مرحلة الطفولة لم يلاقوا معايير التوحد في السنوات اللاحقة.

(De Myer et al,1973.Lovaas,2000,Nordin&Gillberg,1998,Piven et al,1996,Rumsey et al,1985,Rutter,1970,Seltzer et al,2003,Szaymari ey al 1989,Knorring&Haeggloef,1993).

على الرغم من أنه في بعض الحالات تبقى بعض خصائص فرط الحساسية الاجتماعية ، والسلوكية ، والتواصل .

وفيما يتعلق بالتحسن ، فقد أعلنت بعض الدراسات المتابعة تحسن عام مع العمر ، فقد أشار كانر ورفاقه (Kanner et al 1972) إلى حدوث تغير ملحوظ في منتصف مرحلة المراهقة للمجموعات الفرعية من المرضى كما أعلن كوباياشى ورفاقه (Kobayashi et al 1992) .عن تحسن ملحوظ لدى 43% من العينةالتي بلغت 201 أسرة يابانية بين العاشرة والخامسة عشر من العمر في حين وجد بالابان جيل ورفاقه (Ballaban-Gil et al,1996) تحسنا في السلوك لدى 9% إلى 18% من العينة غير المتجانسة بناء على السلوك كما أعلن ايفز وهو (Evas&Ho,1996) عن تحسن معرفي أو سلوكي لدى 37% من عينته التي بلغ قوامها 76 طفلاً تم متابعتهم لمدة أربعة سنوات إلى أن وصلوا لمرحلة المراهقة البكرة .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في الصورة الرابعة Dsm-Iv (1994) إلى أن أعراض التوحد تتمثل في ضرورة توافر ست أعراض أو أكثر وهذه الأعراض تظهر قبل سن الثالثة من العمر وتتمثل هذه الأعراض في :

أولا : وجود عجز أو قصور في النمو قبل سن الثالثة وذلك في واحد على الأقل من الجوانب التالية :

اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال .

تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك .

اللعب الرمزي أو الوظيفي .

ثانياً : الاضطرابات النوعية في التواصل ،كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل مما يلي :

تأخر أو غياب كلى للغة المنطوقة .

استخدام نمطي وتكراري للغة ، أو اللغة الفطرية الأولى .

بالنسبة لأطفال التوحد ذوى بعض القدرة اللغوية لديهم إعاقة على ابتداء المحادثة مع الآخرين والمحافظة عليها .

ثالثا : - الاضطرابات النوعية في التفاعل الاجتماعي ،كما هي ظاهرة على الأقل في أثنين مما يلي :

اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية ، مثل النظر بالعين والتعبير بالوجه والإيحاء بالجسم والإشارات والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي

قلة البحث عن أشخاص آخرين لإيجاد الراحة واللعب معهم في أوقات الضغط العصبي أو تقديم الراحة والحب للآخرين حينما يظهرون القلق والحزن .

العجز في الطلب التلقائي لمشاركة الاستمتاع والاهتمام والإنجازات مع الآخرين مثل العجز في الإحضار والإشارة إلى موضوعات اهتمام الآخرين.

العجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية .

رابعا : - أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحددة ، كما هي ظاهرة بواحدةً على الأقل مما يلي :

حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس .

الانشغال بالأنشطة أو العاب محددة والتقيد الإستحوازى بالأنشطة الروتينية والطقوسية .

الانشغال بأجزاء من الأشياء(مثل يد لعبة بدلا من اللعبة) واستعمال غير اعتيادي غير مألوف للأشياء .

ويرى عبد الرحمن سيد سليمان (2000) أن هناك أعراض رئيسية للتوحد هي :

المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية .

الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية .

وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة .

سلوك حركي غير عادى ومقاومة للتغيير في البيئة .

تطرف في التعبير عن الانفعالات وأيضاً في الحالة المزاجية .

افتقار السلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب .

(6) تشخيص الاضطراب التوحدى:Diagnosis Autism Disorder

تعتبر جهود (كاتر) هي البداية الأولى التي اعتمد عليها كثير من الباحثين في التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه ، فقد أشار في مقالته الأساسية عن التوحد على خصائص 11 طفل كانوا يعانون من مرض غير معروف ، وأن هذه النتائج اعتمدت الملاحظة الدقيقة والمنظمة ، وكان الهدف من هذه الدراسةهو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين والتمييز بينها وبين الصفات

التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى ، وتشمل الصفات التي أوردها (كاتر) فقدان القدرة على التعلق والانتماء إلى الذات والآخرين والمواقف منذ الولادة ، تأخر اكتساب الكلام ، عدم استخدام الكلام في عملية التواصل ، إعادة الكلام بشكل نمطي ، عكس صفة الملكية ، سلوك لعب نمطي ، رغبة شديدةفي المحافظة على الروتين ، ضعف القدرة على التخيل ، مظهر جسماني طبيعي ومعظم هذه الصفات وردت في دراسات لاحقة عن الأطفال التوحديين كما أضيفت إليها صفات وخصائص سلوكية أخرى ، ومعظم هذه الصفات إن لم يكن كلها قد وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل RSM – 111 – R الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام 1987 ، وتتضمن الخصائص التشخيصية للتوحد الطفولي الأعراض التالية :

بداية المرض أو الاضطراب قبل سن 30 شهراً .

عدم القدرة على الاستجابة للآخرين .

اضطراب شديد في النمو اللغوي .

أنماط كلام غريبة مثل ترديد الكلام المباشر ، أو ترديد العبارة المتأخرة أو قلب الضمائر .

استجابة غريبة في بعض المواقف مثل : مقاومة التغيير أو التعلق بالأشياء .

انسحاب اجتماعي وانطواء على الذات .

نشاط حركي مفرط .

عجز عن التخيل .

اضطرابات كيفية في التفاعل الاجتماعي .

اللعب الإنفرادي ، والتركيز في التعامل على جزء من البيئة .

حركات جسمية نمطية وقسرية .

ويشير (فهد المغلوث ، 2005) : إلى أن بعض المراجع قد أشارت إلى أن العيوب الارتقائية يجب أن تكون موجودة في الثلاث سنوات الأولى حتى يمكن استخدام التشخيص ، كما أشارت إلى أن الاضطراب يمكن أن تصاحبه كل مستويات الذكاء ، إلا أن ثلاث أرباع الحالات توجد لديها درجة دالة من التخلف العقلي ، إن الخطأ في تشخيص التوحد من الأمور الواردة نظراً لتعقيد هذا الاضطراب ، وقلة عدد الأشخاص المؤهلين لتشخيصه بشكل علمي ومهني صحيح

ويحتاج تشخيص هذه الإعاقة إلى ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ومهارات التواصل لديه ، ومقارنتها بالمستويات الطبيعية المعتادة من النمو والتطور ، ومن هنا تتشكل ضرورة وجود فريق متعدد التخصصات العلمية ليتم التشخيص بشكل دقيق وسليم ، ويضم هذا الفريق أخصائي في الأعصاب ،أخصائي نفسي ، أخصائي للغة وأمراض نطق ،أخصائي تربية خاصة ، أخصائي اجتماعي ،أخصائي علاج وظيفي طبيب أطفال .

ويعد تشخيص الاضطراب التوحدى من أصعب الأمور ومن أكثرها تعقيداً وخاصة في المجتمعات العربية ،حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدى إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل وبالتالي صعوبة التدخل في أوقات لاحقة ، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ولمهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور .

وقد أجمعت كثير من المراجع على أن عملية تشخيص الاضطراب التوحدى عملية بالغة الصعوبة والتعقيد ويرجع ذلك إلى التشابه بين أعراض هذا الاضطراب وأعراض عدد من الاضطرابات الأخرى مثل (التخلف العقلي ، فصام الطفولة اضطرابات التواصل ، الإعاقة السمعية ، والاضطرابات الانفعالية) كما أن تباين الأعراض من حالة إلى أخرى وعدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة عالة الصدق والثبات يمكن الاعتماد عليها يزيد من احتمالات الخطاء في التشخيص .

لقد واجهت مشكلة تشخيص الأطفال التوحديون وحتى مشكلة الاتفاق على مصطلحات موحدة لوصفهم العديد من الأطباء النفسيين ، ونفس المشكلة قد واجهت كل من أخصائي الأعصاب وأخصائي أمراض اللغة حيث تم تشخيص الأطفال التوحديون في بادئ الأمر على أنهم يعانون من الحبسة الكلامية أو إنهم يعانون من اضطراب في اللغة ، فقد اتفق الكثير واختلف الكثيرون حول تشخيص هذا الاضطراب (Bernstein,& Tigerman,1993,433) .

تعد عملية تشخيص حالات التوحد من أصعب عمليات التشخيص وذلك لتباين الأعراض من حالة إلى أخرى .ولقد شخصت العديد من الحالات على إنها حالات توحد وكانت في الحقيقة حالات تخلف عقلي أو اضطراب انفعاليأو فصام الطفولة . ويمكن أن نفرق بين التوحد والفصام عن طريق أن الفصام يظهر بين عمر 15، 30 سنة . بينما يوجد التوحد ويظهر قبل عمر 2: 3 سنة ،والفصام يصيب الإناث والذكور على السواء ولكن التوحد يصيب الذكور أكثرمن الإناث بنسبة (4: 1) ، وتظهر في الفصام أعراض الهلوسة ولكن لا تظهرفي التوحد ومريض الفصام لا يعانى من قصور لغوى وغياب القدرة على التعبير عن النفس ولكن تظهر لدى التوحدى .

ويشير أحمد عكاشة (2003: 753-754) أنه عند تشخيص التوحد لا توجد مرحلة سابقة أو كبيرة من الارتقاء الطبيعي ، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات ، وهناك دائما إختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر للآخرين ، وعدم تعديل السلوك مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية ، وكذلك الاختلالات الكيفية في التواصل ، مثل عدم الاستخدام لأية نشاطات ، ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد فقدانهم إلى التلقائية والمبادرة ووجود صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية .

ويشير عادل عبد الله (2002: ب: 47) إلى أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة Dsm -1v الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض 10 – ICD الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب التوحد وفى هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

البداية : تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي .واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي واللعب الرمزي أو الخيالي .

التفاعلات الاجتماعية : يوجد لدى الطفل قصور كيفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصلغير اللفظي وإقامة علاقات مع الأقران ، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم .

اللغة والتواصل : يوجد قصور كيفي في التواصل في واحد على الأقلمن أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلى في اللغة المنطوقة ، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين ، والاستخدام النمطيأو المتكرر للغة إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

الأنشطة والاهتمامات : توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادى ، والرتابة والروتين ، وأساليب نمطية الأداء ، والانشغال بأجزاء من الأشياء .

وتشير كريمان بدير (2004: 167-168) :إلى أن تشخيص التوحد جاء بعد الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي ، إلا أنه لا يوجد اختبار طبي معين أو إجراء يستطيع أن يؤكد تشخيص التوحد بدلاً من نظرة المتخصصين لأعراض الأشخاص ومقارنتها لتكون محكا لتشخيص التوحد .

ومن أجل كيفية تشخيص الاضطراب التوحدى هناك عدة نقاط مهمة منها :

صعوبات التشخيص .

محكات التشخيص .

أدوات التشخيص .

فريق العمل الكلينيكي ودور كلاً منهم في التشخيص .

التشخيص الفارق .

صعوبات تشخيص التوحد :

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدى إلى التشابه في بعض الأعراض مع بعض الحالات الأخرى ويتفق كل من محمد حسيب الدفراوى(1993) وعثمان لبيب فراج(1994)(1995) ، وهوبسون Hobson (1998) ،وعمر بن الخطاب (1991) في تحديد أوجه التشابه التي من أهمها :

التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي والفصام واضطرابات التواصل والصمم والصرع .

انخفاض نسبة انتشار اضطراب الأوتيزم بين الأطفال .

يوجد تباين واضح في أعراض الأوتيزم من طفل لآخر وأحياناً لدى نفس الطفل ويؤدى الخطأ في تشخيصه إلى صعوبة تأهيله ورعايته .

عدم توافر أدوات التشخيص والقياس الصالحة لهذه البيئة ماعدا بعض محاولات لتصميم وبناء مقاييس تشخيصية لهذه البيئة .

كما توجد صعوبة في تطبيق الاختبارات الحالية لقياس الذكاء والقدرات والعمليات العقلية على الطفل التوحدى .(آمال عبد السميع باظة : 2002: 32) .

ويرى (محمد حسيب الدفراوى ، 1993) أن من صعوبة التشخيص أيضا :

ندرة انتشار حالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها .

حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات .

ويشير كل من عمر بن الخطاب (1991) ،عثمان فراج (2002) : إلى صعوبات تشخيص التوحد على النحو التالي :

عدم التحديد الدقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد .

ندرة انتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها .

حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات .

حدوث تغيير في شدة بعض الأعراض ، واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر .

بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي .

مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للتوحد في بعض الأعراض مثل : التأخر في الكلام ، وإعاقات التخاطب ، والإعاقة الفكرية ، وغيرهامن الإعاقات .

التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي ، والمعرفي والإجتماعى والانفعالي ، ولذلك تعوق عمليات التواصل والتخاطب .

تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى لآخر ، ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في نفس الأعراض .

تتعدد أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ ، والجهاز العصبي ، فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي ، أو تلوث إشعاعي ، أو صناعي أو الإصابة بالفيروسات (أحمد عباس عبد الله، 2000) .

من صعوبات التشخيص أيضاً :

أن التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والإجتماعى والانفعالي وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب .

أن أعراض التوحد تتعدد وتتنوع وتختلف من فرد لآخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في نفس الأعراض .

أن أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي أيضاً تتعدد وتتنوع فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات. (عثمان فراج 2002) .

ويشير (عثمان فراج ، 1996) : إلى عدة عوامل ترتبط بصعوبة التشخيص :

إن أكثر العوامل المسببة للذاتوية تلف أو إصابات في بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبي .

حدوث تغيير في شدة أو بعض الأعراض واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر .

عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد .

أن بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي .

مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للذاتوية في بعض الأعراض مثل التأخر في الكلام ، إعاقات التخاطب والتخلف العقلي وغيرها من الإعاقات.

ويشير (عبر الرحمن محمد العيسوي ، 2005) : إلى أنه من ما يزيد الحالة تعقيداً في صعوبة التشخيص ، أن هؤلاء الأطفال قد يعانون من نواحي مزدوجة من الإعاقة أو اضطراب كالصرع أو الصمم ، وغير ذلك من وجود الإعاقة الفيزيقية فهناك أعراض ترتبط مع الذاتوية . وهناك بعض العلماء الذين لا يهتمون بالصعوبات الموجودة في عملية وضع تعريف دقيق لاضطراب الذاتوية وما قد يرتبط به من أعراض ولكنهم يهتمون بوضع البرامج الضرورية لتعليم هؤلاء الأطفال على اعتبار أنهم من بطيئي التعلم أو برامج للتعليم الخاص Spcial Education.

وتشير (آمال عبد السميع باظة : 2003) : إلى أنه يمكن التمييز بين الأطفال ذوى اضطرابات التواصل التوحدى من حيث يبدأ الأطفال في البيئة الأولى بتواصل الإيماءات وتعبيرات الوجه والإشارة بديلاً عن العجز في اللغة بينما لا يبدى الأطفال التوحديين منها أو استعمالهم لهذه الأدوات للتواصل ، ويمكن تمييز الأطفال التوحديين عن المعاقين عقلياً فيما يلي :

يتعلق الأطفال المعاقين عقلياً بالآخرين ولديهم وعى اجتماعي وهذا غير موجود لدى الأطفال التوحديين ، وتوجد لغة تواصل بين الأطفال المعاقين عقلياً وربما لا توجد إطلاقاً لدى الأطفال التوحديين أو توجد مع عيوبها مثل تكرار مقاطع عديمة المعنى أو التكرار لبعض الكلمات الغير مترابطةأو عدم وجود اللغة المنطوقة وغير المفهومة ، والعيوب الجسدية لدى الأطفال التوحديين أقل منها لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . ويوجد لدى الأطفال التوحديين سلوكيات نمطية متكررة ومعروفة لدى الطفل والمحيطين به ، أما بالنسبة للمعاقين عقلياً فهي غير اجتماعية .

ويشير عثمان لبيب فراج (1995): إلى صعوبة التشخيص الحقيقي لهذه الفئة لتشابهها مع كل من ذوى التخلف العقلي وصعوبات التعلم والفصام الطفولي والاكتئاب ولذا يجب الاهتمام بالأعراض الفارقة وتراعى كالتالي :

ليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعانى من إعاقة التوحد فقد يظهر بعضها في حالة وتتناهى في حالة أخرى .

يتباين ظهور الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية أو السن الذي يظهر عنده العرض .

ومن أهم الصعوبات التي يواجهها المتعاملين مع هذه الفئة هي التشخيص . فتشخيص اضطراب التوحد عملية معقدة ومركبة وذلك لصعوبة تمييز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن غيرهم من أطفال ذوى اضطرابات أخرى مثل الأطفال ذوى الإعاقة العقلية والأطفال ذوى اضطرابات اللغة والأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، ويرجع ذلك إلى تداخل الأعراض (سها أحمد أمين ،2001) .

التوحد إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، ويقدر عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به حوالي 20 طفل من كل (000، 10) تقريباً، وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل المخ ويعترض التوحد النمو الطبيعي للمخ وذلك في مجالات التفكير والتفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل مع الآخرين ،

ويكون لدى المصبين عادة قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وأنشطة اللعب أو أوقات الفراغ ، ويؤثر الاضطراب في قدراتهم على التواصلمع الآخرين على التفاعل مع محيطهم الاجتماعي وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول كأعضاء مستقلين في المجتمع .

وكثيراً من الأطفال ذو التوحد ما تم تشخيصهم على أنهم ذو إعاقة سمعية أو إعاقات أخرى ، مما أضاع عليهم سنوات من التدريب الصحيح . وقد يرجع ذلك إلى مشكلات الإدراك الحسي الذي قد يعانى منه الكثيرون من الأطفال ذو التوحد (محمود على محمد ، 2004).

ويشير (إبراهيم محمود بدر، 2004، 47) : إلى أنه بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطرابات نمائية أخرى فإنه يلزم تشخيص اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة .

وتشير (National Research Council,2001: 23) : إلى اتفاق الباحثون على أن إعاقة التوحد لها عوامل متعددة تجعل من تشخيصها عملية معقدة ،فعادة ما يكون تشخيص التوحد وسلسلة الاضطرابات المرتبطة به في الأطفال الصغار ذا طبيعة متحدية ،

حيث ترتبط التعقيدات في التقييم والتشخيص بمدى التعبير عن الأعراض في هذه الحالات على مدى أبعاد مختلفة مثل القدرات اللغوية والإعاقة الذهنية المرتبطة بها .

ويشير عبد الرحمن سليمان (2001، 36)، عثمان فراج (2002، 68 – 69) إلى أن صعوبة تشخيص إعاقة التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين ، والعاملين في مجال مشكلات الطفولة ، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، وأخصائي التخاطب والتحليلات الطبية وغيرهم .

وترى هدى أمين (1999: 16) : أن ما يزيد من صعوبة تشخيص اضطراب التوحد هو عدم وجود اختبارات أو أدوات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات وخاصة في البيئة المصرية .وتضيف أيضا قلة خبرة الوالدين بمظاهر النمو السوي لطفلهم الأول .

ويشير (رشاد موسى ،2002، 402): إلى أنه من صعوبات تشخيص اضطراب التوحد هو عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لهذا الاضطراب .

وترى (نادية إبراهيم ،1997، 38) أن من صعوبات تشخيص اضطراب التوحد هو تشابه أعراض التوحد واشتراكها مع أعراض إعاقات وأمراض أخرى مثل الفصام الطفولى ، والتخلف العقلي ، ومشكلات نمو اللغة ، وضعف السمع واضطراب اللوازم والحركات الآلية .

وتشير كريمان بدير (2004: 167 168) إلى أنه مما يزيد من صعوبة التشخيص لاضطراب التوحد أن كثير من سلوك التوحدى يوجد كذلكفي اضطرابات أخرى ولذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة ، يمكن أن يضم هذا الفريق :

طبيب أعصاب

طبيب نفسي .

طبيب أطفال متخصص في النمو .

أخصائي نفسي .

أخصائي علاج للغة وأمراض نطق .

أخصائي علاج مهني .

أخصائي تعليمي . كما يمكن أن يشمل الفريق المتخصصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

محكات التشخيص .

نظراً لوجود صعوبات في تشخيص الاضطراب التوحدى فسوف نتناول عملية التشخيص في ضوء التطور التاريخي لمحكات التشخيص حسب ظهور الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الأمراض العقلية عام 1994 (DSM I V) .

معايير ليو كانر 1949 :

لقد حدد(ليو كانر)بعض المعايير لتشخيص حالات التوحد عام 1949 للحكم على الحالة وهذه المعايير هي :

سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين .

المسك الشديد لحد (الهوس) بمقاومة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة به.

شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وأخويه .

مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملةأو يقوم بعملية حسابية صعبة أو يبدى مهارة في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية .

يبدو عليهم البكم وإذا تكلموا فالكلام في شكل همهمة وغير ذي معنولا يحقق جدوى في الاتصال بالآخرين .(عثمان فراج ، 1996).

قائمة كريك 1961 :

قام كريك بوضع قائمة مكونة من تسع نقاط تستخدم في تشخيص الأوتيزم هي :

القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية .

فقدان الإحساس بالهوية الشخصية .

الانشغال المرضى بموضوعات معينة .

مقاومة التغيير في البيئة .

الخبرات إدراكية غير سوية .

الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي .

التأخر في الكلام واللغة .

الحركات الشاذة غير العادية (Unusual – Movements) .

انخفاض في مستوى التوظيف العقلي (Mental Functioning)(عبد الرحمن سليمان ،1999) .

قائمة كلانسى 1969

قام كلانسى بوضع قائمة مكونة من 14 ظاهرة واستنتج أن الطفل التوحدى تنتابه 7 ظواهر على الأقل من الظواهر الأربعة عشر وهم :

صعوبة فائقة في الاختلاط مع الأطفال خلال اللعب .

التصرف كالأصم .

مقاومة شديدة للتعلم .

فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة .

مقاومة إعادة ترتيب الأشياء أو تغيير روتينها .

يفضل طلب احتياجاته بالإشارة .

الضحك والقهقهة بدون سبب .

فقدان المرح المعتاد لدى الأطفال الأسوياء .

يتميز بالاندفاع الدائم وزيادة الحركة (فرط النشاط) .

لا يستجيب بالنظر إذا ما تم التحديق إليه .

يتعلق بأشياء غير اعتيادية معينة .

يبرم الأشياء .

تكرار القيام بأعمال معينة دون تعب لفترة طويلة .

لا يعير الانتباه لأحد . (موسى شرف الدين ، بدون تاريخ ، 116 - 117) .

الدليل الدولي التاسع 1978 :

ورد التوحد الطفولى Infantile Autism لأول مرة في الدليل الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 1978 وذلك في الدليل الدولي التاسع والذي شخص التوحد على أنه لزمة تبدأ بدرجات متفاوتة في الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل وتظهر على النحو التالي :

استجابات الطفل التوحدى للإثارات السمعية والبصرية غير الطبيعية .

صعوبة في فهم اللغة المنطوقة والتأخر في الكلام .

التركيب النحوي غير الصحيح وتكرار الكلام .

عدم القدرة على استخدام الألفاظ في مكانها .

صعوبة في ممارسة التواصل اللفظي وغير اللفظي .

مشكلات التفاعل الاجتماعي تكون حادة قبل سن 5 سنوات وتشمل إعاقة التواصل بالعين والارتباطات الاجتماعية واللعب الجماعي .

الارتباط الغريب بالموضوعات مع الأسلوبية النمطية في اللعب .

صعوبة القدرة على تجريد الأفكار واللعب التخيلي .

يتراوح الذكاء مع النقص الشديد إلى حدود السواء أو أكثر من المتوسط .

يكون أداؤه عادة أفضل من المهام التي تتضمن الذاكرة(W,H,O, (1978,pp 33-) .34)

الدليل الدولي العاشر 1992:

صدر عن منظمة الصحة العالمية عام 1992 الدليل الدولي العاشر (ICD 10) الذي أعطى قدر كبير من الاهتمامات للذاتوية وصنفها تحت اسم الذاتوية الطفلية Children Autism ويحدد المؤشرات التشخيصية على النحو التالي :

عادة لا توجد مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي وان وجدت لا تتجاوز عمر ثلاث سنوات .

الطفل التوحدى لديه إختلالات كيفية في التعامل الاجتماعي المتبادل تأخذ شكل غير مناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية .

خلل في العاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي وضعف المرونة في التعبير اللغوي .

فقدان القدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير .

فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية .

صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي .

النمطية المتكررة في السلوك والاهتمامات والنشاطات .

التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي .

الإصرار على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدى وظيفة معينة .

الاهتمام بعناصر وظيفية في الأشياء (مثل تحريك التحف والأثاث)من مكانها في بيئة العيلة .

كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات غير المعينة مثل الفزع والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء النفس مثل (عض الرسخ) خاصة إذا كان هناك تخلف عقلي شديد .

صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية واتخاذ القرار في العمل (حتى إذا كانت المهام تقع في إطار إمكاناتهم) ، وإلى جانب ذلك يشير(أحمد فهمي عكاشة ، 1998) في ملاحظة أن المظاهر المحددة للعيوب التي تميز التوحديين تتبدل عندما ينمو الطفل ولكن العيوب نفسها تستمر حتى الرشد على شكل نمط شبيه في المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي والتواصل وأنماط الاهتمامات (أحمد فهمي عكاشة ، 1998) .

الدليل الإحصائي الثالث 1980 :

أشار الدليل الإحصائي الثالث لتشخيص الأمراض العقلية التي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي إلى الذاتوية مع شرح الأعراض التي يلزم توافرها وذلك على النحو التالي :

ظهور الأعراض قبل حلول الشهر الثلاثين من عمر الطفل .

قصور لغوى تام في الحالات التي تكتسب بعضاً من الكلمات وبالتالي غياب القدرة على التواصل .

غياب الاستجابة للمثيرات الاجتماعية وتجنب المبادأة أو التفاعلمع للآخرين

اندماج الطفل التوحدى في ممارسة حركات نمطية روتينية وتكرارها باستمرار لمدة طويلة من آن لآخر .

غياب الأعراض المميزة للفصام الطفولى مع هلوسة وسماع أصوات وتخيلات غير واقعية Delusions And Hallucinations .

(محمود حمودة، 1998، عثمان فراج، 1996).

الدليل الإحصائي الثالث المعدل 1987 :

ظهر الإصدار الثالث المعدل (DSM III) عام 1987 وفيه يتم تشخيص الأوتيزم إذا توفرت 8 من المواصفات ال16 التالية على أن تشمل على الأقل 2 من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج) .

(المجموعة أ)

وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يظهر في واحدة مما يلي :

نقص ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء ويلاحظ همومهم)

لا يبحث عن الراحة وقت التعب أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مصاباً أو مجهداً يطلب الراحة بشكل آلي .

لا يحاكي الآخرين أو يحاكيهم بصورة مضطربة مثل : لا يلوح مودعاً by , by التقليد الآلي للآخرين دون هدف أو دون علاقة بالموقف .

لا يشارك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي .

خلل بارز في القدرة على عمل صداقات مع الرفاق .

(المجموعة ب)

خلل في كيفية التواصل اللفظي وفى النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي :

لا توجد وسيلة تواصل لفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماءات أو التواصل الحركي .

التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ مثل استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي .

غياب النشاط التخيلي مثل أدوار الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات .

شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع مثل الكلام على وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال أو بصوت مرتفع .

شذوذ ملحوظ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التليفزيون وسوء استخدام الضمائر مثل قوله أنت بدلاً من أن يقول أنا .

خلل ملحوظ في قدرة الطفل التوحدي على بدء محادثة مع الآخرين واستمرارها رغم وجود ظروف مناسبة للحديث .

(المجموعة ج)

النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي :

الحركات الآلية للجسم مثل (النقر باليد أو لف اليد في حركة دائريةأو الدوران حول النفس أو هز الرأس للأمام والخلف .

الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء مثل (شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طوال الوقت .

الشعور بالكرب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة حتى لو كان تغيراً طفيفياً مثل تحريك فاظة من مكانها المعتاد إلى مكان آخر .

الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شيء معين .

ضيق ملحوظ في الاهتمامات والانشغال بشيء واحد فقط .

(محمود حمودة ، 1991) .

الدليل الإحصائي الرابع 1994 : (D.S.M IV, 1994)

لقد ظهرت آخر الدلالات الشخصية لاضطراب التوحد باسم Autistic Disorder وذلك في 1994 DSM4والذي أشار إلى وجود الدلالات التشخيصية التالية للاضطراب التوحدى :

أ- مجموعة مواصفات من 6 أو أكثر من البنود (1) ، (2) ، (3) مع واحدعلى الأقل من كلاً من (1) ، (2) ، (3) .

خلل وظيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنان على الأقل مما يلي :

(أ) خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي .

(ب) الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو .

(ج) نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين .

(د) نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي .

خلل كيفي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي :

(أ) التأخر في نمو اللغة غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات .

(ب) خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات .

(ج) نقص اللعب التلقائي في تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.

3- أنماط سلوكية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدوفي واحدة على الأقل مما يلي :

(أ) الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط السلوكية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها .

(ب) التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية .

(ج) سلوك حركي متكرر مثل (رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم)

(د) الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات .

ب- التأخر أو الشذوذ الوظيفي على الأقل في واحد من المجالات الآتية :

التفاعل الاجتماعي .

اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .

اللعب الرمزي أو المحاكاة.

ج- هذا الاضطراب لا يتفق مع مواصفات اضطراب (Retts) أو اضطراب تفكك الطفولة .(مرجع سابق ، 1988).

ويشير (لويس كامل مليكة ، 1998) : إلى المحكات التشخيصية لظهور الاضطراب التوحدى في الطفولة على النحو التالي :

خلل كبير ومستمر في العلاقات الاجتماعية مثل غياب الاستجابة الوجدانية المناسبة .

ظهور على الأقل ثلاثة مما يلي :

قلق زائد مفاجئ يعبر عنه من خلال أعراض مثل القلق الهائم والاستجابات للأحداث اليومية كما لو كانت كوارث ضخمة ، هجمات لمحاولات التهدئة أو التخفيف من القلق .

وجدان مقيد أو غير مناسب بما في ذلك نقص استجابات الخوف المناسبة واستجابات هياج لا تجد لها شرحاً وتقلب مزاجي متطرف .

مقاومة التغيير في البيئة (مثل الشعور بالضيق والانزعاج إذا تغير موعد العشاء أو إصرار على فعل الأشياء بنفس الأسلوب كل مرة (مثلاً وضع الملابس دائماً بنفس الترتيب)

شذوذ في الأفعال الركية مثل الاحتفاظ بالقمامة في وضع غريب ، تحريك غريب للأصابع والأيدي أو المشي على أطراف الأصابع .

شذوذ في الكلام مثل رتابة الصوت .

حساسية زائدة أو ناقصة للمنبهات الحسية مثل الاستجابات الزائدة للصوت Hyperacusis

تشويه الذات Self – Mutilation مثلاً أن يعض جسمه ويخبط رأسه .

زهور الزملة الكاملة بعد 30 شهر من الولادة وقبل 12 سنة من العمر .

غياب الهزاءات والهلاوس وعدم التماسك أو التفكك الملحوظ في التداعيات والارتباطات .

ويذكر (علاء الدين كفافى ، 2001) : أن محكات التشخيص الأساسية في الإجترارية تتمثل في السلوك الحركي المنمط والمتكرر وعمل الأشياء بطريقة واحدة والإصرار على ذلك وكأنها أقرب إلى الطقوس التي لا ينبغي أن تمس مثل الذهاب إلى المدرسة عن طريق واحد لا يتغير وحركات اليدين النمطية التي تتضمن التصفيق أو تحريك الصوابع أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر والشذوذ في وضع الجسم أو المشي على أطراف القدمين .

أدوات التشخيص Diagnostic tools :

تحتاج عملية تشخيص الاضطراب التوحدى إلى متخصص متدرب واعي ذو خبرة عملية عالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة ، وبالتالي فقد تعددت وتنوعت أدوات التشخيص ووجهات النظر من قبل المتخصصين والباحثين في ذلك .

من أجل الوصول إلى تشخيص سليم ودقيق لاضطراب التوحد فإنه لابد أن يخضع الطفل لمتابعة مختصين ماهرين في تحديد مستويات التواصل والسلوك والنمو ، وحيث أن الكثير من السلوكيات المرتبطة بالتوحد هي أيضا أعراض لاضطرابات أخرى فإنه يمكن للطبيب إخضاع الحالة لاختبارات طبية مختلفة لاستبعاد مسببات محتملة أخرى ، ولذلك فإن تشخيص حالات التوحد يعتبر صعبا ومعقداً لاسيما بالنسبة للأخصائي قليل الخبرة والتدريب ، ومن أجل التوصل إلى تشخيص أكثر دقة ينبغي أن يتم تقييم الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات ، يضم مختصا في الأعصاب وأحيانا نفسيا ، وطبيب أطفال وأخصائي في علاج النطق ، وأخصائي تربية خاصة ، وغيرهم من المختصين ذوى العلاقة بإعاقة التوحد .

مع أهمية التأكيد على أن المراقبة السريعة خلال لقاءأو موقف واحد لن توفر صورة حقيقية لقدرات الطفل وأنماط سلوكه ،

فمن النظرة الأولى يبدو الطفل المصاب بالتوحد وكأنه يعانى من تخلف عقلي أو صعوبة في التعليم أو إعاقة سمعية ، إلا أنه من الأهمية بمكان التمييز بين التوحد وحالات الإعاقات الأخرى ، ذلك أن التشخيص الدقيق يمثل القاعدة الأساسية للبرنامج التعليمي والعلاجي الأكثر ملائمة للحالة . ومع كثرة الأعراض التي يمكن أن يظهر عليها التوحد تجعل الصورة الإكلينيكية على مستوى الحالات الفردية متباينة وكأننا أمام أنواع من التوحد مما يتيح المجال لأخطاء في التشخيص ، ومما يزيد أخطاء التشخيص تعدد الفئات المرضية الداخلة ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة ، ويرى وينج أن مصطلح التوحد هو التعبير الأنسب بديلا عن الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تعتبر فئاتها المتعددة درجات على هذا المتصل ، وبالتالي فهي ترى أن متلازمة سبيرجير هي الدرجة البسيطة من التوحد ، وأعاد بعض الباحثين تشخيص الحالات التي عرضها سبيرجير ووجدوا أن أربعة منها ينطبق عليها تشخيص التوحد وفقا لمحكات الطبعة الرابعة من الدليل الأمريكي ، كما أُدرج التوحد غير النمطي ضمن فئة الاضطراب الشامل للنمو غير المحدد

كما أضيف مصطلح الاضطراب الدلالي / العملي كفئة تشخيصية مستقلة ، ومحكات التشخيص لهذه الفئة تتشابه من خصائص متلازمة سبيرجير والدرجات البسيطة من التوحد ، ولذلك اقترحت "بيثوب" أن التوحد ومتلازمة سبيرجير والدلالي /العملي يقعون على محورين ويمكن اعتبارهم مجالات مختلفة ولكن متداخلة ومما يزيد من صعوبة التشخيص أن هناك بعض الباحثين يرون أن متلازمة سبيرجير هي الشكل الحاد لاضطراب الشخصية شبه الفصامية(محمد عبد الرازق هويدى ،2000: 85 – 118).

ومن الأدوات والطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد ما يلي :

المقابلة الشخصية المتضمنة لأسئلة تتناول الخصائص الشخصية للفرد ومقابلة أخرى للتمييز بين التوحد والتخلف العقلي وإعاقات اللغة .

بعض المقاييس السلوكية والمقاييس التي تستخدم للعب قد أثبتت كفاءة كبيرة في التفريق بين الأوتيزم وفئات التخلف العقلي ومن هذه المقاييس:

مقياس فاينلاند للسلوك التكيفى .

مقياس الشخصية للأطفال .

مقياس لتقدير التأثيرات العلاجية على مرضى التوحد من خلال قياسي النشاط الحركي والإجتماعى والوجداني واللغة والاستجابات الحسية .

جدارة الملاحظة التشخيصية للأطفال المصابين بالتوحد .

استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط التعليمي وتتضمن المجالات الآتية :

تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التي تصدر عن الطفل .

تقييم قدرات التفاعل الاجتماعي بين الطفل والكبار .

تقييم الاحتجاجات التعليمية في المجال اللغوي .

تقييم القدرة على الاتصال .

تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات.

(عثمان فراج،1996 ،إلهامي عبد العزيز إمام 1999) .

ومن أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة (Childhood autism ratingscale (Cars) الذي وضعه سكديلر والذي يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقا لخمسة عشر مقياسا هما كالتالي :

العلاقة مع الآخرين .

التقليد .

استعمال الجسم .

استعمال الأشياء.

التكيف مع التغيرات .

الاستجابة البصرية.

الاستجابة السمعية.

استجابات الطعم والشم ، والتذوق واستعمالها.

الخوف والعصبية.

الاستجابة الانفعالية .

التواصل اللفظي .

التواصل غير اللفظي .

مستوى النشاط والفاعلية.

ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .

الانطباعات العامة.

ولكل بند من البنود أربع درجات من(1- 9) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين 15- 60 ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية :

إذا كانت درجة المفحوصين أقل من 30 يعتبر غير مصاب بالتوحد .

إذا كانت درجة المفحوصين بين 30 – 36 يعانى من درجة متوسطةمن التوحد.

إذا كانت درجة المفحوصين تزيد عن 36 يعانى من توحد شديد .

وقد أُجريت العديد من الدراسات التي بحثت حول استعمال هذا المقياس في تشخيص التوحد قبل سن العاشرة ومدة أخرى ، بعد الثالثة عشر من العمر فالبرنامج المسمى برنامج معالجة وتربية الأطفال التوحديين (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children (Teacch))

والذين يعانون من إعاقات في التواصل ذات الصلة بالتوحد قد أظهر لأكثر المفحوصين انخفاضاً في درجاتهم على المقياس مع مرور الوقت مما يشير إلى أن خصائص التوحد أقل تحديداً وتعرفا في مراحل العمر اللاحقة للطفولة .

وتوجد عدة طرق تستخدم في تشخيص الاضطراب التوحدى منها :

المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد.

Verised autistic diagnostic interview.

آلية وضعها لوك وروتر عام 1999 هي مقابلة شبه منظمة تعتمد على استقصاءات تتم مع أطفال يعانون من التوحد . تستغرق عدة ساعات لكمالها وتفيد نتائج المقابلة في معرفة ما إذا كانت تنطبق على الحالة التي تتضمنها التشخيص بالتوحد كما هي موضحة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة 1994) .

ويعتبر المختصون في مجال التوحد أن مقابلة تشخيص التوحد المراجعة أو المعدلة وسيلة تشخيصية دقيقة إلى حد كبير ويتم التقييم أولاً بزيارة منزلية من قبل المختص الذي يجرى المقابلة مع والدي الطفل ، وتعد الزيارة مفيدة لما توفر من فرصة لمراقبة الطفل في بيته ويمكن كذلك تطبيق هذه المقابلة في العيادة وتستغرق 90 دقيقة – إذا قام بها مختص متمرس ، وتستغرق أكثر من ذلك إذا قام بها الأشخاص غير المتخصصين ويتطلب تطبيق هذا الاختبار تدريباً خاصاً بصرف النظر عمامن إذا كان من يقوم به طبيباً نفسياً أو أخصائياً نفسياً ويتم التدريب من خلال ورشة عمل مدتها ثلاثة شهور وتجرى في عدة ولايات في الولايات المتحدة الأمريكية وفى بريطانيا .

قائمة سلوكيات التوحد Autism beharvior checklist (ABC)

وتقيس هذه القائمة الاستجابات الحسية وفهم لغة الجسد والمهارات اللغوية ومهارات خدمة الذات والمهارات الاجتماعية وتشتمل القائمة على (57) عبارة ، تبدأ الإجابة عليهم من خلال مقابلة منظمة مع الوالدين أو المربين وبالرغم من أن هذه القائمة أقل ثباتا من مقياس تقدير التوحد الطفولى أو مقابلة تشخيص التوحد

إلا أنها مفيدة في التمييز بين التخلف العقلي والتوحد عند ذوى الأداء المنخفض وبالتالي فإن هذه القائمة لا تستخدم كأداة للتشخيص ولكنها تعتبر جيدة في توثيق تقدم الطفل واستجابته للمعالجة والخطة التعليمية . (Lord & Paul 1998) .

جداول المراقبة التشخيصية للتوحد

The autism dighostic (ADOS)Observations schedule

وتعتبر هذه الجداول بروتوكولا موحدا لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال من سن 30 شهر فما فوق ممن يستطيعون الكلام والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ، ويعتبر وسيلة إلقاء التحية وسلوك التواصل والسلوك الاجتماعي والتحدث والتعبيرات الاجتماعية والحوار وفهم المزاج وفهم اللغة غير الحرفية (الضمنية) .

جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة .

Pre linguistic autism diagnostic observation schedule (pl-ADOS)

وهو مقياس شبه منظم لتشخيص حالات الأطفال الذين لم يستخدموا جمل لغوية والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ويتم تطبيق هذا المقياس على الطفل بحضور أحد والديه ،

وهو يعطى المختص فرصة مراقبة بعض الجوانب المحددة في سلوك الطفل الاجتماعي مثل الانتباه والتقليد ومشاركة المختص والوالدين في مشاعرهم وقد تم مؤخرا دمج كل من جداول المراقبة التشخيصية للتوحد قبل تطور اللغة وجدول المراقبة التشخيصية للتوحد في جدول واحد أطلق عليه جدول المراقبة العام لتشخيص التوحد **The autism bighosyic observation schedalale generic (ADOSG)** ويستغرق إجراؤه من (30: 45) دقيقة ويتطلب تدريبا خاصا كما هو الحال في المقابلة الشخصية للتوحد (ADI) ويقر العلماء والباحثون أن هذا الاختبار له درجة عالية من المصداقية وثبات النتائج.

(وفاء على الشامي، 2004، 318)

قائمة التوحد للأطفال دون سنتين

Checklist for autism in toddlers: (CHAT)

وهذه القائمة صممت لملاحظة السلوكيات الانذارية المبكرة للإصابة بالتوحد ابتداء من عمر 18 شهراً وتساعد هذه القائمة في مسح (وليس تشخيص) حالات التوحد قبل أشهر أو أسابيع من ظهور معظم الأعراض الأخرى كما وردتفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع إلا أن واضعوا هذا الاختبار يؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص التوحد

ولكنه يكفى لإنذار المختصين مبكراً بالحاجة إلى تحويل الطفل إلى اختصاصي متمرس ، ولقد استخدمت هذه القائمة على أساس دراسات كشفت عن وجود بعض السلوكيات المنذرة لوجود التوحد في سن 18 شهر ، ومن أهم هذه السلوكيات عدم قدرة الطفل على الإشارةإلى الأشياء وعدم اهتمامه بالاختلاط مع الآخرين وبالعب الاجتماعي وغياب الانتباه المشترك .

قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد .

هذه القائمة يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات علما أنه لا يوجد بند من بنودها يمكن أن يكون جوهريا بمفرده وفى حالة اختبار طفلا ما أظهر 7 أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص التوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة وبنود هذه القائمة هي :

الصعوبة في الاختلاف والتفاعل مع الآخرين .

يتصرف الطفل كأنه أصم .

يقاوم تغيير الروتين .

ضحك وقهقه غير مناسبة .

لا يبدى خوفا من المخاطر .

يشير بالإيماءات .

لا يحب العناق .

فارط الحركة .

انعدام التواصل البصري .

تدوير الأجسام واللعب بها .

ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.

يطيل الغناء في اللعب الإنفراد .

أسلوب متحفظ وفاتر للمشاعر.

(Olivers, 1995, ,902-928) ،(محمد شوقي ، 2003)

وتشير (زينب شقير ، 2005) : إلى مجموعة من الأدوات التي تم استخدامها في العالم العربي في تشخيص اضطراب التوحد :

قائمة اختبار التوحد :

وهى قائمة اختبار تعرف الأطفال المصابين باضطراب الاتصال الاجتماعي في سن 18 شهر ، وهو اختبار قصير يجريه الوالدان والملاحظون وتتكون القائمةمن جزأين :

البنود التسعة الأولى هي أسئلة موجهة إلى الوالدين .

البنود الخمسة الأخيرة هي ملاحظات الأخصائي النفسي .

على أن تتضمن هذه البنود كلاً من الانتباه المقترن (بما في ذلك الإشارة وتوجه حركة العين) واللعب التخيلي .

الملاحظة الدقيقة والمنظمة .

قائمة الشطب :

وتشتمل على العلاقات والكلام والحركة والتركيز وإيذاء الذات والاستجابة للألم والمشكلات السلوكية .

قائمة ريملاند لتشخيص حالة الأطفال مضطربي السلوك :

وتستخدم في التشخيص الفارقى لكل من التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية وفى الاضطرابات الارتقائية(النمائية) الأخرى من خلال ملاحظات الأهل لأطفالهم ، أثناء فترة السنوات الخمس الأولى .

مقياس خصائص الشخصية للمتوحدين :

أعده عبد الرحمن بخيت ويقيس 16 صفة من خصائص الطفل التوحدى بشرط توافر ثمان من هذه الصفات لتشخيص حالة الطفل بالتوحد .

اختبارات الذكاء المقننة :

وقد أشار فريمان وريتفيو إلى أن أداء حوالي 60 % من المتوحدين أقل من 50 على اختبارات الذكاء .

المعيار التشخيصي للتوحد (DsM – Iv, 1994) :

ويستخدم للأطفال والمراهقين وهو مقياس متعدد الأبعاد (15 مقياساً فرعياً) تشمل في مضمونها الأعراض المتنوعة للتوحد التي أشار إليها دليل تصنيف الأمراض الذهنية الأمريكية

مقياس النضج الاجتماعي Vineland Scial Maturity Scale

إعداد فايتلاند ويشتمل على 117 فقرة تقيس ثمانية مجالات للمهارات الاجتماعية وهى :

العناية بالذات .

التعليم الاجتماعي .

التواصل والتفاعل .

العناية بالملبس .

العناية بالمأكل .

توجيه الذات .

الحركة والانتقال .

القدرة على تحمل المسؤولية المهنية .

مقابلة والدي الطفل التوحدى

التقييم النفسي التربوي :

ويضم مجموعة من الأدوات التي يتم يمكن استعمالها مع الأطفال الصغار مثل :

فقاعات الصابون .

طين الصلصال .

الخرز .

الكتب .

وتصنف هذه المهارات ضمن مجموعات وظيفية : التقليد والمحاكاة الملاحظة ، الإدراك الحسي ، السلوك الحركي ، تآزر العين واليد ، القدرة على التغيير مهارات اللغة الاستقبالية .

المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل

مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة (CARS)

تأليف شويلر ورفاقه 1988 ويقيس 15 محوراً هــي :

العلاقة مع الآخرين .

التقليد .

استعمال الجسم .

استعمال الأشياء .

التكيف مع التغيرات .

الاستجابة البصرية .

الاستجابة السمعية .

استجابات الشم والطعم والتذوق واستعمالها .

الخوف والعصبية .

الاستجابة الانفعالية .

التواصل اللفظي .

التواصل غير اللفظي .

مستوى النشاط والفعلية .

ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .

الانطباعات العامة .

المقياس النفسي التربوي المعدل :

وهو مقياس تقييم يطبق عملياً على أطفال التوحد من عمر 6 أشهر إلى وقد تمتد إلى 12 سنة ، وهو مقياس موضوعي على المصداقية ، ولا يعتمد على اللغة بقدر ما يعتمد على الأداء العملي – غير اللفظي لعدد من الأنشطة الموزعة على مجالين هما :

أولاً : المجال التنموي الوظيفي ويتكون من 131 نشاطاً مقسمة إلى 7 محاور هي التقليد ، الإدراك ، حركة العضلات الكبيرة ، حركة العضلات الدقيقة تآزر العين مع اليد ، المعرفة العملية (أي الإجرائية) ، المعرفة اللفظية .

ثانياً : المجال السلوكي للمقياس ويتكون من 43 بنداً موزعة على 4 محاور هي الألفة والارتباط العاطفي ، اللعب وأدواته ، الاستجابة الحسية ، اللغة ويكشف هذا المقياس في قسمه الأول (المجال التنموي الوظيفي) عن تباين كبير في مستويات المهارات المختلفة لطفل التوحد ، وهى تختلف عن مهارات الطفل السوي التي تتقارب لديه سرعة نمو هذه المهارات ومستوياتها ، ويعتبر هذا المقياس

كما أوضح عثمان فراج ، أحدث ما وصل إليه البحث العلمي من أدوات التشخيص والقياس وهو من إعداد جامعة تورث كارولينا ومركز بحوث TEACCH التابع لتلك الجامعة وترجم إلى 6 لغات وأصبح الأداء الأول التي تعتمد عليه العيادات النفسية ومراكز التدخل العلاجي في تأهيل وتدريب أطفال التوحد وإعاقات النمو لدمجهم في المجتمع بعد اكتسابهم المهارات الأساسية للحياة في مجتمعاتهم بما يسمح بتكيفهم وتوافقهم مع حياة أقرب ما تكون للطبيعية. (كريستين نصار ، جانيت يونس ،2009) .

وقدمت (جوديث جولد ، 1997) : اختبار جسدي أو نفسي للتوحد ، وهو اختبار نصف تعليمي جوهري وله خصوصية وملائم لكل عمر من حالات التوحد ويتضمن ما يلي :

استخدام مواد للتطوير .

دراسة السلوك في الماضي والحاضر .

مطابقة الحياة الاجتماعية .

خلفية العائلة وتاريخها .

تاريخ الولادة .

كيفية استخدام الأدوية .

بداية اكتشاف الحالة .

تطوير المهارات .

نشاط الحركات النمطية .

مشاكل السلوك .

كمية التواصل الاجتماعي .

الطب النفسي .

الحركة .

التدريب على المهارات الاستقلالية كارتداء الثياب وتناول الطعام واستخدام الحمام .

التواصل اللفظي وغير اللفظي .

التفاعل والإجتماعى .

التقليد والتخيل .

الصورة المرئية .

القراءة والكتابة .

اللغة (الاستقبالية والإرسالية الحسية والجسدية)

سهولة وبساطة الأسئلة الموجهة للطفل .

تكرار النشاط .

الحركة مع النشاط .

المستوى اللفظي .

رواية قصة قصيرة .

معرفة الأفعال .

كما يتضمن الاختبار :

الاستجابة الحسية للتوترات الخارجية (اللمس- السمع – الرؤيةالتذوق – الشم).

إثارة العاطفة .

الاستجابة والانتباه .

مستوى النشاط .

مشاكل سلوكية .

اضطرابات النوم .

الشروط النفسية .

تاريخ المناظرة .

وهذا الاختبار يمكن تقديمه للأهالي وإجراؤه في المنزل وتحديد تاريخ النمو والتطور عند الطفل لمعرفة النتيجة الدقيقة لهذا الاختبار الذي يمكن طرحه وتسهيله للأهالي ، وقد أعطيت مفاتيح التقييم لهذا الاختبار وهى :

اسأل السؤال المناسب .

استمع إلى الأبوين .

أساليب تشخيصية أخرى لاضطراب التوحد :

يشير (عبد الله محمد الصبى ،2003) إلى أنه من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق ويكون أقرب إلى الحقيقة فإن الطفل التوحدى يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوى الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال ، أخصائي نفسي ، طبيب أطفال تطوري ، طبيب أطفال في مجال الأعصاب ، محلل نفسي ، وغيرهم) كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل في نواحي معينة ، وبطرق متنوعة ، ومن ثم تتجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها ، لتقرير وجود التوحد ودرجته ، وأساليب علاجه .

فريق العمل الكلينيكى ودور كل منهم في التشخيص :

لقد أكدت الأبحاث الحديثة أنه لابد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدى و أي لا ينجح طرف واحد فقط في وضع التشخيص بمفرده ، ويحتوى فريق العمل على الأطباء النفسيين والعقليين وأطباء الأطفال وطبيب الأعصاب والسمع والتخاطب والوالدين والمعلمين والمتخصصين وكل هؤلاء لهم دور أساسي في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل التوحدى .

الطبيب النفسي ودوره في التشخيص :

إن المهمة الرئيسية للطبيب عموماً هي التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضى للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقة نمط سلوكه مع توحد الطفل المبكر ثم يمضى في التحقق مما أذا كان الطفل مصاباً بأي نوع من الاضطرابات التي شخصت خطأ على أنها اضطراب التوحدية .

(لورنا وينج ، 1994) .

طبيب اللغة والتخاطب :

يكون أخصائي التخاطب واحد من فريق العمل المهمين لتقييم عمر الطفل اللغوي وذلك في ضوء الملاحظة المباشرة للطفل فإنه يلاحظ ويقيم الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه ويقوم أخصائي التخاطب بتحديد عمر الطفل اللغوي (لغة استقبالية - لغة تعبيرية) وبذلك يستطيع أن يخطط للعلاج أي يضع نقطة البداية في تعليم الطفل المهارات اللغوية .

طبيب السمع :

يعتبر طبيب السمع من أهم أعضاء الفريق وأول من يجب عرض الحالة عليه لكي يحدد إذا كان الطفل يسمع أولاً لأن من أهم الأشياء التي تلفت نظر آباء الأطفال التحديين أن الطفل يظهر أمامهم كأنه طفل أصم حيث لا يسمعمن يناديه ولكن يستجيب لأصوات معينة فقط من إعلانات التليفزيون وصوت الثلاجة عند فتحها ، فبالتالي يصيب آبائهم بالحيرة فيعرضوا أطفالهم على أطباء السمع وذلك لتقييم حدة السمع عندهم ، ويبدأ أطفال السمع باختبار السمع وهو (مقياس السمع للمجال الصوتي) **Sound Field Eudiometry** ويبنى على أن الطفل يظل يسمع حينما يوضع له ميكروفون في أذنه طوال فترى استيقاظه وذلك لتنبيهه نحو مصدر أي صوت ، ولكن هذه الطريقة لا تعطى التقييم المناسب لسماع الطفل التوحدى ، لأن كثيراً من هؤلاء الأطفال لا يستجيبون بهذه الطريقة ، ولذلك تم وضع أسلوب جديد وهو اختبار وظيفة العقل مباشرةمن خلال استجابة المخ سمعياً (**A B R**) **Auditory Brain Response** أو يطلق عليه أيضاً (**B S E R**) وهذا الاختبار يقيس وظيفة العصب السمعي عند الطفل ولكن هناك بديل ثالث

وهو يتطلب من الطفل الثبات والاستجابة السمعية من خلال ميكروفون يوضع في أذنه من 20 – 30 ثانية ، ولكن هذا البديل يشترط أن الطفل لابد أن يكون عنده القدرة على البقاء ثابتاً لهذه الفترة ويسمى Otacoustic Emersion Tesing وهذا الاختبار لا يزال تحت التجربة .

طبيب الأعصاب والوراثة :

يكون طبيب الأعصاب مسئولاً عن الدراسات الذهنية مثل EEGS وهو الذي يختبر (النشاط الكربى للمخ) و MRIS وهو الذي يختبر(هياكل المخ) أما طبيب الوراثة فيختبر تفسير وعمل الدراسات الكروموزومية والبحث عن الأخطاء الميلادية لعامل الأيض والتي قد تكون سبب في وجود أعراض عديدة عند الطفل التوحدى وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءاً مباشراً من فريق التقييم ولكن يتم استخدامهم كمستشارين خاصين يكملون بعض البيانات الهامة عن الطفل التوحدى ويتبادلون الحديث مع باقي أعضاء الفريق لوضع أسس تشخيصية وعلاجية (Siegl, B , 1996, pp , 88 : 90) .

الحوار مع الوالدين :

إن إقامة الحوار المتكامل والصريح عندما ينبه الوالدان بأن طفلهما معاق وغير طبيعي من شأنه أن يرسخ انطباعاً ايجابياً في ردود أفعالهما واتجاههما نحو مشكلة طفلهما في المستقبل فمعظم الآباء يفضلون أن يعرفوا اسم الاضطراب الذي يعانى منه طفلهما ، ولكن الطبيب المدرك للأمور لا يكتفي بإعطائهم ما يرغبون به فقط أنه يشرح لهما عملية كون ابنهما معاقاً ، فعلى سبيل المثال يستطيع الطبيب أن يخبرهما أن ولدهما الصغير يستطيع فهم التعليمات القصيرة المبسطة وليست تلك المركبة من عدة تعليمات أو الصعبة وبأنه يعانى من اضطرابات كلامية كما أنه يستطيع اطلاع الوالدين بوجود صعوبات لدى الطفل في التعبير كما يراه حوله وكيف أن كل تلك الصعوبات تؤثر في سلوكه وانفعالاته ، وهذا التحليل المفصل هو أمر غاية في الإفادة للوالدين بدلاً من إعطائهما اسم الاضطراب الذي يعانى منه الطفل فقط ، وهم يكونون ممتنين جداً عند اطلاعهم على حقيقة الأمر فما يجب أن يعرفوه هو أن إعاقة الطفل مستمرة معه مدى الحياة ، لكنهما كوالدين يستطيعان تحقيق مجهود عظيم لمساعدة ابنهما حين يبديان ذلك الصورة الصحيحة

ما يستطيع المدرسون عمله :

إن المدرس عضو واحد في الفريق الذي يهتم ويعنى بمساعدة الطفل التوحدى فعليه أن يعمل ويتعاون مع الأطباء والاختصاصيين النفسيين كمختص في مجال التوحد ولكن مع الاستعداد لاستخدام المعلومات والمشاورات المقدمة من قبل المتخصصين الآخرين .

وأن مهمة المدرسة أن يكون لدى الطفل قدر من السلوك الاجتماعي المعقول وأن يستطيع الاعتماد على نفسه في المأكل والملبس وأن يستطيع أن يغتسل وأن يظل نظيفاً ولا يبلل ملابسه خلال النهار ولكنها غالبا ما يتوجب عليها البدء بتعليمه تلك المبادئ والمهارات الأولية .

وحالما يتم اتفاق تلك السلوكيات الأساسية فإن المدرسة ستنتقل إلى تدريب الطفل على مهارات أخرى ، ويجب أن تتلاءم مناهج التدريسمع إعاقات الأطفال وان يتم استخدام تقنيات حديثة لحالات العمى ، الصم الاضطرابات الكلامية ،

وتعتبر أجهزة مونتيسورى Montessori Equipment معدات جديدة لأن غالبيتها تساهم في منح الأطفال فرص استخدام حواس اللمس والمهارة الحركية في عملية التعليم (لورنا وينج ، 1994) .

التشخيص الفارق Differential Diagnostic

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص الذاتوية " إعاقة التوحد " يشيرون دائماً إلى قضية هامة وهى تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة منها التخلف العقلي – فصام الطفولة – اضطرابات التواصلالإعاقة السمعية –إعاقة التخاطب – الذاتوية اللانمطية – الذهان – زملة اسبيرجر زملة ريت .

الفرق بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المتشابهة :

الأوتيزم - التخلف العقلي Mental Retardation

غالبا ما نجد أن الأطفال من ذوى التخلف العقلي اجتماعيين ولا يظهرون الأعراض الأولية للتوحد المتمثلة في العجز في تكوين العلاقات مع الآخرين ،

بينما نجد أن الأطفال من ذوى التوحد بخلاف ذلك يفشلون في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ويميلون إلى معاملة الآخرين كأهداف أو كمصادر للإشباع المرضى وعلى كل حال فإن وجود التوحد مع متلازمة (داون) قد يؤدى إلى تعقيد الحالة أكثر ويزيد من خطورتها ، خاصة وأن كثير من الناس يعدون حالة التوحد في عداد الحالات الميؤس منها والتي تقل معهم فرص التغيير والاستجابة للعلاج لذلك يعد التعرف على اضطراب التوحد لدى الأشخاص ذوى متلازمة (داون) واكتشافها مبكراً ذو مضامين هامة في التدخلات الطبية والاجتماعية والتعليمية التي تقدم للأطفال وأسرهم ، وقد لوحظ أن 40% من التوحديون لديهم معامل ذكاء يقل عن (50- 55) وحوالي 30% يتراوح معامل ذكاؤهم بين (50-70) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي 20% من التوحديون لديهم ذكاء غير لفظي سوى . ويتميز اضطراب التوحد بشذوذات سلوكية تشملثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك هي :

خلل في التفاعل الاجتماعي .

خلل في التواصل والنشاط التخيل.

القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آليا.

ويشير (عبد المجيد منصور وآخرون ،2003: 143) إلى أهم الفروق بين توحد الطفل وإعاقته عقليا فيما يلي :

الطفل المتخلف عقليا ينتمي ويتعلق بالآخرين ولديه وعى اجتماعي بينما الطفل التوحدى لا يوجد لديه تعلق بالغير حتى إذا كان له مستوى ذكاء متوسط .

الطفل التوحدى له أداء أكثر في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ويكون الأداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعوق عقليا يكون الأداء منخفضا أو متساوياً في المهمات سواء لفظية أو غير لفظية .

تتناسب لغة المتخلف عقليا مع نسب ذكاؤه بينما التوحدى يمكن أن تكون لغته غير متوفرة وإن وجدت فهي غير عادية .

العيوب الجسمية لدى المعوق عقليا أكثر من العيوب الجسمية لدى التوحدى

للطفل التوحدى إمكانية إبداء مهارات خاصة مثل الرسم والموسيقى وهذا لا يظهر لدى الطفل المعوق عقليا بشكل كبير .

للطفل التوحدى سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المعوق عقليا.

ويشير (محمد قاسم عبد الله ، 2001) : إلى أن الأطفال التوحديين ليسوا فقط لا يريدون ولكنهم فعلياً لا يستطيعون انجاز العديد من المهمات كما أنهم يعانون من عجز وجداني انفعالي أولى كما أن إمكاناتهم العقلية والمعرفية جيدة وهذا يدفع إلى القول بأن العجز المعرفي في التوحد صغيراً جداً مقارنة بالتخلف العقلي وان 75 % من الأطفال التوحديين يتوقع أن ينجزوا الكثير من المهام العقلية في حياتهم المختلفة .

ويتفق كل من عثمان فراج (2002) ، عبد الحميد منصور وآخرون(2003) ، عبد الرحمن سليمان (2004) على بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقى والتمييز بين إعاقة التوحد والتخلف العقليوالتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للإعاقتين ما يلي :

أن طفل التخلف العقلي يتميز بنزعة التقرب إلى الوالدين والكبار وغيرهم من الأطفال ، وهى سمة غائبة عن حالة طفل التوحد .

أن طفل التخلف العقلي يستطيع أن يبنى حصيلة لغوية ويظهر تطوراًأو تقدما في نمو اللغة بينما طفل التوحد غالبا نموه اللغوي متوقفأو محدود للغاية وحتى إن وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل .

طفل التخلف العقلي لا يعانى من مشكلة رجع الصدى الذي يعانى منه طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.

طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء في الملبسأو اللعب أو المأكل ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته بعكس ما يحدث للطفل التوحدى .

طفل التخلف العقلي لا يعانى من قصور في استعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر .

طفل التخلف العقلي أسهل مراراً في التعامل معه في برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر في التعامل معه .

طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بإلقاء العيون بين المحادثين وهى نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي .

طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث في طفل التخلف العقلي .

طفل التوحد ليس لديه القدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم .

طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدى مهارة فائقة في أحد المجالات كالرياضيات أو في الفن كالرسم والموسيقى أو الشعر أو النشاط الرياضي بشكل قد لا يستطيع الطفل العادي بلوغه وهى سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي.

التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه 2- 3% على الأكثر بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة3% من المجتمع أو أكثر .

طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة على التعبير عنها على عكس ما يحدث لطفل التخلف العقلي طفل التوحد لا يقتصر عجزه على التواصل اللغوي فقط بل يمتد أيضاً ليشمل التواصل غير اللغوي بالعيون بتعبير الوجه - بحركة الأيدي والحركات البدنية وتنغيم نطق الكلمات Auxiliary Language بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي(إلا في الحالات الشديدة).

طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصلومن هنا يأتي القصور في التعبير اللغوي أو استقباله.

طفل التخلف العقلي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم وممارسة تقليد الآخرين بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة .

طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريباً أما طفل التخلف العقلي (البسيط والمتوسط) فإنه قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل .

طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل الأم له أو احتضانه أو تقبيله بعكس طفل التخلف العقلي .

طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل وعن الاهتمام بما حوله ، فهو لا يبالى بمن حوله لدرجة أن علاقته بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شيء في بيئته حتى لو كان كرسياً أو لعبة أو ملعقة .

التوحد إعاقة يولد بها الطفل وتظهر أعراضه مبكراً في حدود زمنية أقصاها 30 شهر أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدى إلى تلف في الخ أو إصابة بمرض معدي(كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية).

الأوتيزم - الإعاقة السمعية :

قد يتداخل الأمر على البعض ويخلطون بين تشخيص الطفل التوحدى وغيره أو قد يذهبون في تصنيف الأطفال كتوحديون في حين قد تستوجب الحالة تشخيصا آخر أكثر ملائمة فعلى سبيل المثال فإن الطفل المتخلف عقليا الذي يظهر بعضا من أعراض التوحد قد تشخص حالته على أنه طفل توحدىوذلك اعتمادا على سمة أو سمتين وحيث أن مصطلح التوحد قد صادف اهتماماً شعبياً واسعاً بحيث نجد أن الأخصائيين الإكلينيكيين قد يميلون إلى استخدام هذا المصطلح عند تشخيص الحالات بشكل مشروع . في حين أكد الباحثون على أن تشخيص التوحد يجب أن يعتمد على تقييم موضوعي دقيق .(طارق النمرى ، زيدان السرطاوى ، 2002: 3) .

يوضح (لويس كامل مليكة ، 1998) إلى أنه نظراً لأن الطفل التوحدى غالباً ما يكون صامتاً أو قد يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فإنه قد يظن غالباً انه أصم ولكن الملامح التالية قد تكون فارقة أو مميزة بينهم :

الطفل التوحدى قد يبأبىء Babble (أي يتكلم كالأطفال) أحياناً بتواتر قليل.

بينما يكون الطفل الأصم تاريخ من البأبأه العادية التي تتضاءل تدريجياً وقد تتوقف في النصف الثاني من السنة الأولى من حياة الطفل الأصم .

الطفل المصاب بخلل شديد في السمع يستجيب فقط للأصوات المرتفعة .

بينما يتجاهل الطفل التوحدى الصوت المرتفع أو الصوت العادي ويستجيب للصوت الناعم الذي يهمه .

الطفل الأصم يكون عادة مرتبطاً بوالديه ويسعى إلى حبهم وهو كوليد يستمتع برفع والديه له بين زراعيهم .

الطفل التوحدى لا يستجيب لوالديه ولا يظهر استجابة لهم عند اهتمامهم به.

ويتفق كل من عبد الرحمن سليمان (2000) ، محمد الخطيب (2005) على توضيح أهم الفروق بين الأطفال التوحديون والأطفال ذوى الإعاقة السمعية على النحو التالي :

معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتهافي حالات التوحد .

حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية على عكس أطفال التوحد .

يميل أطفال التوحد إلى الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقرنة بالأطفال المعاقين سمعيا .

يمكن للطفل التوحدى تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم .

يسهل تشخيص الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظراً لعدم وجود أدوات مقننة لهذا العرض .

ويشير كل من سيمونز وأوشى(Simons&Oishi,: 1987: P.31) : إلى أن الفرق بين الأوتيزميين والمعاقين سمعيا في أن المعاقين سمعيا يحاولون التواصل عن طريق الإشارات والإيماءات ، كما أنها تقوم بالتواصل العيني وهو ما يفتقر إليه التوحديون ، وفى حين يوجد قصور عام في الاستجابة لدى الأوتيزم حيث يستجيب الأطفال الأوتيزميين للأصوات بشكل متنافر ومتناقض فإن ذلك لا يوجد لدى الأطفال المعاقين سمعيا .

ويشير بيركى (Berke,2003) إلى أنه يتم إساءة التشخيص لكل من التوحد والإعاقة السمعية أو الخلط بينهم حيث أن الطفل التوحدى قد يبدى بعض السمات التى يبديها الطفل الأصم إذ نجده أحيانا وكأنه لا يسمع ومن هنا فقد يتم تشخيصه على أنه أصم وقد تم تشخيص الأصم في الجانب الآخر على أنه توحدى نظراً لما قد يصدر عنه من سلوكيات .

ويرى (رشاد موسى ،2002، 390) أن تشخيص التوحد بين الأطفال تاريخيا اقتصر على الأحكام التي يصدرها الإكلينيكيون ، حيث قام عليهافي أغلب الأحيان أخصائيو الطب النفسي والأخصائيون النفسيون ممن لديهم الخبرة من واقع عملهم مع هذا المجتمع وتعتبر أكثر الإجراءات المناسبة في الوقت الحاضر للتعرف على أفراد التوحد هي قوائم ومقاييس التقدير وتمتاز هذه الإجراءات بعدد من الميزات حيث تسمح بمشاركة أكبر من الوالدين والمعلمين والعاملين الآخرين ممن لديهم أثر غير مباشر على عملية التشخيص ، على عكس إجراءات التشخيص الكلينيكية ، وتتمتع مقاييس التقدير وقوائم الشطب بإجراءات مقننة للاستخدام وبمعايير ودرجات كمية ، وهكذا يمكن تقيمها سيكومتريا ، ويمثل تشخيص التوحد لدى الأطفال تحديا خاصاً للأخصايين النفسيين والمهنيين الآخرين ممن يتعاملون مع اضطرابات الطفولة إذ تظهر صعوبة ذلك في التعرف والتصنيف الدقيق للتوحد لأن أعراضه تظهر بدرجات متفاوتة وغالبا ما تتداخل مع اضطرابات نمائية أخرى .

ويشير (عبد الرحمن سيد سليمان ، 2000) : إلى أنه من بين الأعراض أو السلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً السلوك الإنسحابى ، والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المتشابهة وهم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات الأطفال التوحديين مع وجود فارق جوهري هو أن السلوك الإنسحابى والانزعاج من تغيير الروتين وما إلى ذلك أعراض أولية وأساسية لدى الأطفال التوحديين ، وعلاوة على ذلك فإن الأطفال التوحديين لا يعانون من الصمم في أغلب الأحيان وإذا ساق الطبيب المعالج الشك في أن الطفل توحدياً فإنه يتعين فحص سمعه للتأكد من إصابته بالصمم أم لا .

الأوتيزم - فصام الطفولة Childhood Schizophrenia

يمكن تشخيص فصام الطفولة في السنوات الخمس الأولى بحيث يمكن تفريقه عن التوحد وذلك من خلال غلبة الأعراض المرضية وانتشارها (وخاصة اضطرابات التفكير والهلوسات) والتي لا تحدث عند الأطفال التوحديين من جهة ثانية فإن أكثر الأطفال الفصاميين لا يملكون تاريخاً سابقاً في أعراض التوحد كما أن أكثر الأطفال التوحديين لا تتطور الحالة عندهم إلى فصامأم بالنسبة للذين يكون أداؤهم اللفظي مرتفعاً منهم فقط تتطور الحالة عندهم إلى فصام نمطي في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة أو في المراهقة والشد

باعتبارها عواقب لتطور حالة توحد سابقة ، وقد وصف عدد من العلماء مجموعة من الأطفال بعضهم يملك أعراض التوحد خلال سنوات الطفولة المبكرة وفقاً لمعيار الفصام كما وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للأمراض النفسية ظهر عند الراشدين التوحديين الاضطراب الانفعالي نفسه الذي ظهر عند الراشدين الفصاميين ولكنهم لم يظهروا اضطرابات التفكير مثل الهذيانات والذهول)
. Durand M & Carr, 1988, pp, 29)

يشير (عبد الرحمن سليمان ، 2000) إلى أن البداية في التعرفعلى اضطراب التوحد كانت استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام الانسحاب أو الشعور بالوحدة النفسية ، وعلى هذا الأساس كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الإضطرابين أمر وارد ولذلك لم يكن من المستغرب أن يرادف بعض الباحثين بين المصطلحين ويستخدمونهما بشكل تبادلي (بمعنى أن الإجتراري هو الشخص الفصامى والعكس) ، وبتعدد الدراسات في مجال التوحد أمكن الوقوف على أوجه التفريق بينهما ، وهذه الفروق يمكن الإشارة إليها على النحو الآتي :

الفصاميون قادرون على استخدام الرموز في حين أن التوحديون ليس بإمكانهم ذلك .التوحديون لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة بينما الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقات مع الآخرين ، وعلاقتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة ومشوشة .

الفصاميون يعانون من الهلاوس والهذيان وهو غير موجود عند التوحديون .

التوحد تبدأ أعراضه في الظهور قبل الشهر الثلاثين في حين تبدأ أعراض الفصام عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة .

نسبة الإصابة بين الذكور والإناث في التوحد هي تقريباً 4 - 1 بينما يتساوى الذكور والإناث في نسبة الإصابة بالفصام فضلاً عن أن الجينات قد تفسر الفصام أكثر من تفسيرها للتوحد .

ويشير (محمود حمودة،1991، 105) إلى أن العلاقة بين الفصام والتوحد في أن الإصابة بالفصام نادراً ما تحدث في الطفولة بينما المصابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام مثل العزلة الاجتماعية ، والانسحاب ، والسلوك مفرط الغرابة ، والوجدان المتبلد غير المناسب وغرابة اللغة ، والآلية المتكررة للأفعال .

ولذلك فإن برونو (Bruno,1993: 29)، (Frith,2003: 68- 69) يشيرا إلى ضرورة التمييز بين الأوتيزم و الفصام في وقت مبكر ، حيث كان يعتقد أنهما متماثلان إلا أن الفصام في الطفولة يحدث بعد فترة من النمو الطبيعي كما أنه يوجد لهم ضلالات وهلاوس ، أما الطفل التوحدى فلا يعانى من ذلك .

كما أوضح جولدستين وآخرون (1986) أن التشابه بين الاضطرابات كان منطقياً لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام إلى أن استخدمت التفرقة النسبية بينهما من خلال نتائج بعض الدراسات وكان أهم أوجه الاختلاف ما يلي :

أن الطفل التوحدى غير قادر على استخدام الرموز بالمقارنة بالفصامى .

ضعف النمو الاجتماعي عامة لدى الطفل التوحدى أكثر من الفصامى .

يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف بينما الفصام يبدأ في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة .

عدم وجود هلاوس وهذايانات لدى الأطفال التوحديون بينما يكثر وجودها لدى الفصاميين .

ضعف النمو اللغوي عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين .

ضعف النمو الانفعالي عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين.)
. Goldstein , et al , 1986 ,640 (

وقد خصص (Rimland) الفرق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد كما هو في الجدول الآتي

جدول يوضح الفروق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد(Rimland,1994: 543).

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
بداية ظهور العرض	بشكل تدريجي وبين عمر سنتين إلى 11 سنة بعد فترة نمو الطبيعة	ظهوره تدريجيا بعد الولادة بثلاثين شهرا

المظاهر الاجتماعية	اهتمام منخفض مع الآخرين ،وانسحاب،وفقدان التواصل، وعلاقات معاقة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيمائية متوقعة،إصرار على التماثل،البقاء في عالمه الخاص حتى عندما يكون مع الآخرين
المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب التفكير،تشوه في التوجيه المكاني والزماني، ومتوسط متدني في الذكاء، مشكلات إدراكية	قدرة مكانية عالية ،ذاكرة جيدة ، ذكاء متعدد
الانفعالات	عيوب الاستجابة الانفعالية ، الانفعالات غير المناسبة ،ومتدنية	عدم الاستجابة انفعاليا مع الآخرين،ويمكن أن يستجيب بالتدريب لبعض الانفعالات البسيطة مثل: التقليد،الابتسامة،الضحك، السرور، من خلال تعبيرات الوجه

اللغة	اضطراب في الكلام ،بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل	اضطراب في الكلام،بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل،حرفية، مصاداة،عكس الضمائر
الحركة	حركات جسمية غريبة ،حركات نمطية وتكرارية ،تشوه في الحركة أو التنقل	تمايل الجسم والرأس،انشغال بالأشياء الميكانيكية،حركات نمطية
الأنماط الحركية والجسمية	نمو جسمي غير معتاد أو اضطراب الأنماط الإيقاعية ،التخطيط الكهربائي للدماغ EEG شاذ	عادات تناول طعام شاذة،تفضيل أطعمة معينة،التخطيط الكهربائي للدماغ EEG طبيعية،مستوى ذكائي وتربوي ومهني وانفعالي أفضل.

الأوتيزم - اضطرابات التواصل .Communication Disorders

أوضحت دراسة سميث (Smith,1995) بعض الفروق بين الأوتيزم واضطرابات التواصل على النحو التالي :

العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحدى بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصلمع الآخرين .

يُظهر الطفل التوحدى تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام .

كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحدى يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل المضطرب تواصليا .

وتميز آمال باظة (2001، 76) بين أطفال التوحد وذوى اضطراب التواصل حيث يبدى أطفال التواصل تواصلا بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويضعن مشكلات الكلام ، بينما أطفال التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة .

ويشير (عبد الرحمن سليمان،سميرة محمد سند ،إيمان فوزي سعيد 2004 80) إلى بعض الفروق بين اضطراب التوحد واضطرابات التواصل كما يلي :

يظهر التوحديون وذو اضطرابات النطق والتواصل إعادة الكلام وترديده غير أن التوحديون يتميزون بترديد أواخر الكلمات بدرجة أكبر.

يظهر الطفل التوحدى تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة ، بينما ذو اضطراب التواصل يمكنه تحقيق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه وذلك تعويضا عن مشكلة الكلام .

يعجز الأطفال التوحديون عن استخدام اللغة كأداة للتواصل ، بينما يتعلم الطفل ذو اضطراب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .

ويشير علاء كفافي(2001: 14) إلى أن اضطراب اللغة سواءً كان في اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية – التعبيرية المختلطة فإنه يكون هناك عطبفي استخدام اللغة ، ولكنه يكون مصحوبا بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الاضطراب التوحدى .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2002) : إلى أن محمود حمودة قد قدم النمطية اللفظية كأحد المحاور الثلاثة للتشخيص الفارق للتوحد لدى الأطفال وشمل تكرار الكلمات أو الجمل دون فهم للمعنى وأحياناً ناتجة لتذكر قصير المدىأو طويل المدى وأضاف أيضاً وجود شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته أو الضغط على المقاطع والكلام على وتيرة واحدة وأحيانا ينخفض الصوت أو يرفعه بدون داعي وكأن لا يشعر بوجود الآخرين

وأيضاً شذوذ في شكل ومحتوى الكلام ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء ، ويرجع ذلك إلى ضعف الإدراك وعدم القدرة على استخدام الرموز ، وذلك لضعف القدرة التخيلية التي يظهرها لديه العجز عن اللعب التخيلي للأدوات أو الأشخاص أو القصص الخيالية .

ويرى (عبد الرحمن سيد سليمان: 2000: 78) أن الدراسات أشارت إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحديون كما أشارت نتائج الدراسات فى هذين الإضطرابين ، وكذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوى الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحديون أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ، وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام وترديده غير أن الأطفال التوحديين مميزين بترديدهم للكلام (المعاداه) وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر وفى حين يخفق الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغويا أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية

ويحاولون التواصل مع الآخرين وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم (أو القابلية للتعلم) والقدرة على التعامل مع الرموز على إنها قدرات فارقة ومميزة بين الأطفال التوحديين والأطفال المضطربين لغويا .

الاضطرابات النمائية الأخرى :

اضطراب ريت Reets Disorter :

يشير (أحمد فهمي عكاشة ، 1998) إلى أن السمة المميزة لهذه الفئة (زملة ريت) هي فقدان حركات اليد الهادفة والمهارات اليدوية الحركية الدقيقة يصاحبها فقدان كامل أو جزئي أو انعدام في ارتقاء اللغة وحركات نمطية معينة تلتف فيها اليد أحداهما حول الأخرى أو تقوم بحركة غسيل مع وضع الذراعينفي حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن بلل نمطي لليدين بواسطة اللعاب ، عدم المضغ الجيد للطعام ، نوبات كثيرة من فرط التنفس ، فشل دائم تقريباً في القدرة على التحكم في التبول والتبرز ، والشيء الاجتماعي المميز لهم هو أن يحتفظ الأطفال بنوع من الابتسامة الاجتماعية على وجوههم فينظرون إلى الآخرين أو خلالهم ولكنهم لا يتفاعلون معهم وخاصة في الطفولة المبكرة ، وان كان التفاعل الاجتماعي كثيراً ما يرتقى في مرحلة متأخرة .

ويشير عثمان فراج(2003: 119-131) إلى متلازمة ريت بأنها إحدى اضطرابات النمو الشاملة disorder,pevelopmetal بل تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات وما تعلمه من مهارات (كالمشي والكلام ...الخ) وكثيراًما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلى ما تسببهمن إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صراعية تزيد من إعاقة الفرد عنفا وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل 10,000 حالة ولادة حية .

ويشير (علاء عبد الباقي إبراهيم ، 2011) : إلى أوجه التشابه بين التوحد ومتلازمة ريت :

نمو طبيعي خلال السنتين الأولى والثانية من العمر يليه حالة من القصور الشديد في نمو المهارات اللغوية والاجتماعية ، ومهارات التفاعل المكتسبة .

قصور في القدرة على الكلام وأحياناً فقدان كامل للكلام .

نقص شديد في القدرات المعرفية والتفكير .

تفكك الأفكار وعدم القدرة على التعبير .

عدم القدرة على التواصل مع الآخرين .

اضطراب الانفعالات ونوبات ضحك أو صراخ بدون مبرر .

ويشير (عثمان فراج) إلى أهم أوجه الاختلاف بين الريت والتوحد موضحة بالجدول التالى:

جدول يوضح التشخيص الفارق بين التوحد والريت

(عثمان فراج :2002، 131).

مسلسل	الريت ret	التوحد autisme
1	يبدى المصاب تدهورا واضحا تدريجيا في النمو مع تقدم العمر	قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكرا)
2	اضطراب وعشوائية ونمطية حركية اليد (عرض مميز)	غالبا لا توجد وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة
3	غياب التوازن – ترنح في المشي – غياب التناسق الحركي	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
4	فقدان تام للوظائف اللغوية	قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها

5	اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد
6	التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر 6-12 شهراً على المحور اللغوي	ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور
7	نوبات الصرع تظهر مبكراً في 75% من الحالات عنيفة ومتكررة ويصاحبها إفرازات فميه يحدث عند الإناث فقط .	نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة يحدث عند الذكور والإناث وينتشر بين الذكور أكثر من للإناث .

ويتفق كل من عادل عبد الله (2002: 216) ، سها أمين (2002: 36) على أن زملة ريت هي اضطراب يصيب الإناث فقط ، ويظهر في صورة سلوك يشبه التوحد حيث اختلال في نمو الرأس ومشاكل في تناغم العضلات ومشكلات في حركات أو استخدام اليد متمثلة في عدم القدرة على الكتابة أو الحركة ويبدأ ذلك في السن من 1- 4 سنوات .

اضطراب اسبيرجر Aspergers syadrome :

هذا الاضطراب اكتشفه هانز اسبيجير Aspergers عام 1944 واعتبره أحد اضطرابات الشخصية وكان يتشابه في أعراضه مع بعض أعراض التوحد ، حيث أن اكتشافات (اسبيرجير) ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه (كانر)عن ملاحظاته للأطفال ذوى التوحد وقد أطلق(اسبيجير) على الاضطراب الذي اكتشفه المرض النفسي الأوتيستى Autistic pcychopath واعتبره حالة مخففة من التوحد .

ويشير (عادل عبد الله محمد ،2002) : إلى أن هذه المتلازمة تنتسب إلى مكتشفها النمساوي هانز اسبيرجر Hans Asperger حيث اعتقد في البداية أن هذا الاضطراب يعد أهم الاضطرابات الشخصية ، ويتسم بالحديث المتكرر واستخدام الألفاظ غير الشائعة مع قصور في التفاعلات الثنائية ،

وقدرة باهرة على التفكير المجرد ، ووجود مجالات اهتمام خاصة إلى جانب اللعب النمطي والمتكرر ، وتجاهل المتطلبات البيئية مع الأصالة والابتكار في مجالات منتقاة وكذلك لاحظ أنه يحدث بين الأطفال بنسب 1: 10000 طفل ويزداد انتشاره بين البنين قياساً بالبنات ، وكما أن من الأكثر احتمالاً أن تتم ملاحظة أعراضه بين الأطفال ذوى مستوى الذكاء المرتفع ، أو ممن يتميزون بارتفاع مستوى قدرات معينة لديهم ، إلا أنه من الممكن ملاحظة مثل هذه الأعراض بين الأطفال ذوى معامل الذكاء المتوسط ، أو الأقل من المتوسط ، وأنه نادراً ما يحدث بين الأطفال ذوى الإعاقات الفكرية .

ويشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ،2012) : إلى أهم الفروق بين متلازمة اسبيرجر والتوحد :

المصابين بمتلازمة اسبيرجر هم ذوى اضطراب توحد ذو أداء مرتفع .

المصابين بمتلازمة اسبيرجر لا يعانون من إعاقة فكرية بل قد يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك ، وفى المقابل يعانى نحو 75- 77% من المصابين بالتوحد تأخراً فكرياً بالإضافة إلى أن جميعهم دون استثناء ومهما كانت قدراتهم الإدراكية يواجهون تأخراً ملحوظاً في النمو اللغوي ، وهى مشكلةلا تواجه ذوى متلازمة اسبيرجر .

أن النتائج المتوقع تحقيقها مع ذوى متلازمة اسبيرجر أكثر إيجابية .

الاضطرابات العصبية أقل شيوعاً لدى ذوى متلازمة اسبيرجر .

صعوبات التواصل ، والتفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى المصابين بالتوحد مستوى الذكاء اللغوي يكون عادةً أعلى من مستوى الذكاء العلمي لدى ذوى متلازمة اسبيرجر في حين أن عكس ذلك هو الصحيح لدى المصابين بالتوحد تظهر الحركات غير المتقنة لدى ذوى متلازمة اسبيرجر أكثر مما تظهر لدى ذوى اضطرابات التوحد .

تظهر الأعراض في مرحلة متأخرة لدى ذوى متلازمة اسبيرجر بينما تظهر بعد سن الثالثة لدى التوحد .

ليس هناك حتى الآن حالات موثقة عن متلازمة اسبيرجر تبين حدوث انتكاس أو ترجع في النمو كما هو الحال في التوحد .

ويشير(أحمد فهمي عكاشة ، 1998) : إلى أن زملة اسبيرجر هي نوع من الاضطراب غير المؤكد في قيمته التصنيفية ، يتميز بنفس النوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يميز الذاتوية بالإضافة إلى مخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات ، وتختلف عن الذاتوية أساساً في أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام في اللغة أو في الارتقاء المعرفي ، وعادة ما تظهر في الذكور .

كما يمكن أن نفرق بين الاضطراب الاجترارى وبين اضطراب اسبيرجر في أن الاضطراب الأخير يتميز بالنقص أو التأخر في الارتقاء اللغوي ، علماً بأنه لا يتم تشخيص اضطراب اسبيرجر إذا ما انطبقت محكات تشخيص الاضطراب الاجترارى على الحالة.(علاء الدين كفافى، 2001) .

وقد يأتي تشخيص متلازمة اسبيرجر في مرحلة متأخرة عن التوحد أي في الطفولة المتأخرة والمراهقة وهذا لا يعنى أن الحالة أخف ويمكن أن تغفلفي مرحلة مبكرة من النمو ومع ذلك فإن تأثيرات الحالة ليست بالضرورة أن تكون بسيطة بل أنها تصبح أكثر ملاحظة مع زيادة السن .(Frit,2003: 11)

ويشير (عثمان لبيب فراج ، 2002) : إلى أنه توجد جوانب تشابه وجوانب اختلاف بين الذاتوية وبين زملة اسبيرجر وتدور أوجه التشابه حول نواحي القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل وفى محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط أما عن أوجه الاختلاف بينهما فيمكن عرضها على النحو التالي :

طفل التوحد يعانى من تأخر أو توقف تام في النمو اللغوي والقدرة على التخاطب بينما طفل الاسبيرجر لا يعانى من هذه الأعراض ولو أنه قد يعانى من صعوبة في تفهم كلام الآخرين .

طفل التوحد يعانى من قصوراً ملحوظاً في النمو المعرفي مقارنة بطفل الاسبيرجر .

أكثر من 70% من حالات التوحد تعانى من تخلف عقلي مما يزيدمن صعوبة وشدة هذه الإعاقة بينما تلاحظ في حالات الأسبيرجر ندرةفي حالات التخلف العقلي .

طفل الأسبيرجر لا يتجنب الآخرين من الأقران أو الكبار كما يفعل طفل التوحد بل يقبل على التعامل معهم بنشاط ضيق ومحدود .

إعاقة الاسبيرجر من حيث الشدة أخف بدرجة كبيرة من إعاقة التوحد حيث يعتبر البعض أن الأسبيرجر هو نوع من التوحد الخفيف .

أعراض التوحد تبدأ في الظهور قبل عمر سنتين بينما أعراض الأسبيرجر غالباً ما تظهر متأخرة عند عمر 4- 6 سنوات وأحياناً بعد ذلك .

كلاهما يعانى من العزلة الاجتماعية إلا أن الفرق بينهما هو أن طفل التوحد غير واعي بوجود الآخرين حوله بينما طفل الاسبيرجر يدرك جيداً وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبذل محاولات مستميتة للحديث معهم .

ويقول عادل عبد الله (2005 : 232) أن البعض يطلق على هذا الاضطراب اضطراب التوحد ذو المستوى المرتفع من الأداء الوظيفي ويتسم بوجود خللفي التفاعلات الاجتماعية ووجود أنشطة واهتمامات مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الكلينيكية في اللغة وتتراوح نسبة ذكاء الفرد في هذا الاضطراب بين المتوسط إلى المرتفع وربما المرتفع جداً ، حيث من الملاحظ أن هذه الفئة تضم أطفالا موهوبين .

ويرى شيورمان وويبر (Scheuerman & Webber,2002,11) أن الطلاب ذو المستوى الوظيفي العالي للتوحد أو اضطراب اسبيرجير قد يحصلونعلى متوسط أو فوق المتوسط في اختبارات الذكاء

وقد يكون لديهم مهارات شفوية إلى حد كبير وبالرغم من ذلك فإنهم قد يتواصلون بشكل ضعيف ،لديهم عدد ضئيل من الأصدقاء يصابون بالغضب والضيق إذا ما تم خرق النظم المعتادة ، ولديهم مهارات حركية سيئة بما فيها الكتابة ، وقد يظهرون سلوكيات نمطية .

اضطراب الطفولة التفككى : Childhood Disintegrative Disorder

يتميز بالنمو الطبيعي في أول عامين من حياة الطفل ثم يحدث فقدانفي المهارات السابق اكتسابها في التعبير والفهم اللغوي والتكيفية في التحكم في التبول والتبرز واللعب والمهارات الحركية .(عمر بن الخطاب،2001، 20) .

ويعتبر هيلر (Heller) (1908) هو أول من اكتشف حالة اضطراب الطفولة التفككى وذلك بعد وصفه نتائج متابعة ستة أطفال تراجعت قدراتهم اللغوية والاجتماعية ، ولقد كان لهذا الاضطراب الذي اكتشفه هيلر عدة أسماء عبر السنين منها ، الخوف الطفولى ، ومتلازمة هيلر ، والذهان التفككى ، وهذا الاضطراب جديد ونادر جداً حيث لا تتعدى نسبته واحد لكل 10000 ولادة تقريباً ، وفى إحدى الفحوصات التي أجريت في اليابان لوحظ بأن حوالي 80% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب قد أظهروا بعض التحسن في استرجاع مهاراتهم المفقودة ، وذلك بعد سن الرابعة رغم استمرار معاناتهم من الإعاقات .

كما يتسم هذا الاضطراب بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال أول عامين من حياته على الأقل ثم يفقد الطفل المهارات التي اكتسبها من قبل . (عادل عبد الله ، 2002) .

وقد حددت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين المعايير التشخيصية لاضطراب الطفولة التفككى على النحو التالي :

نمو طبيعي لا يقل عن سنتين بعد الولادة مع وجود تواصل لفظي ، وغير لفظي مناسب للعمر الزمني والعلاقات الاجتماعية ، واللعب ، والسلوك التكيفى .

الفقدان الملحوظ سريرياً للمهارات المكتسبة سابقاً قبل سن العاشرة فيمالا يقل عن اثنين من المجالات الآتية :

اللغة التعبيرية أو الاستقبالية .

المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفى .

التحكم في الأمعاء والمثانة .

اللعب .

المهارات الحركية .

أنشطة غير طبيعية فيما لا يقل عن اثنين في المجالات التالية :

إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي مثل ضعف السلوك غير اللفظي والفشل في تكوين صداقات ، ونقص التفاعل الاجتماعي والعاطفي.

أنماط محددة ومتكررة ونمطية للسلوك ، والاهتمامات والأنشطة .

إعاقة نوعية في التواصل ، وتأخر أو عدم وجود لغة منطوقة ، وعدم المبادرة بالكلام ، وعدم القدرة على اللعب التظاهري .

إن هذا الاضطراب غير مفسر بشكل مقبول ضمن أي اضطراب تطوري عام أو فصام .أهم الفروق بين اضطراب الطفولة التفككي واضطراب التوحد(إبراهيم العثمان ، ايهاب الببلاوى 2012).

الاضطراب وجه المقارنة	اضطراب الطفولة التفكك	التوحد
العمر عند ظهور الإعاقة	من 3- 5 سنوات وقد يصل إلى ما بعد العاشرة من العمر	قبل سن الثالثة من العمر
مستوى التراجع الناتج/التوقعات	فقدان تام للقدرة على التحدث بعد اكتسابه جمل طويلة غالباً ما نتوقع صعوبة القدرة على استعادة ما فقده الطفل	يفقد بعض الكلمات عندما لايتجاوز10 كلمات غالباً ما نتوقع نتائج أكثر ايجابية من الاضطراب التفككى .

ويشير حسن عبد العاطي (2003: 579) إلى أن اضطراب عدم التكامل في الطفولة يتميز عن التوحد بفقدان النمو السابق اكتسابه قبل بداية عدم تكامل الطفولة ، حيث تكون اللغة قد تقدمت إلى مستوى تكوين الجمل وهذا يختلف عن التوحد الذي تزيد اللغة فيه عن كلمات مفردة أو عبارات قبل تشخيص اضطرابه وإن الأطفال المصابين بعدم التكامل من المحتمل ألا تكون لديهم قدرات لغوية.

التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر Pervasive Developmental Disorder - Not otherwise. Specified

يشير خالد عبد الله(2004: 202)إلى أن هذا الاضطراب يشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدى غير نمطي أو غير نموذجي ، ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في عدد من السلوكيات المحددة

ويرى هارتمان ولآخرون (Hartman et al,2006,320) أنه طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي DSM-Iv-TR (2002)

فإن هذا الاضطراب يتم تشخيصه لدى الطفل عندما يعانى من إعاقة شديدة وشاملة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي والمرتبطة بالإعاقة في كل من مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

مع وجود السلوك النمطي والأنشطة والاهتمامات النمطية دون التوصل إلى المحك الخاص بإحدى الاضطرابات النمائية الشائعة أو اضطراب الشخصية التجنبى .

ويشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، 2004) : إلى أن هذا الاضطراب يعرف بالتوحد غير النمطي ويستخدم هذا التصنيف في حالة وجود إعاقة شديدة عامة في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل ، أو في مهارات التواصل اللفظية ، وغير اللفظية ، أو عندما توجد أنشطة واهتمامات وسلوكيات نمطية ولكنها غير مصنفة على أنها اضطراب نمائى عام محدد ،أو فصام ، أو اضطراب الشخصية الفصامية أو اضطراب الشخصية التجنبى .

اضطرابات لاند كلفنر Kleffner Syndrome- Land

الأطفال المصابون بزملة السندروم يظهرون العديد من السلوكيات الذاتوية مثل الانسحاب الاجتماعي ، الإصرار على نفس الشيء ومشكلات اللغة ويعتقد أن لديهم نكوصاً ذاتوياً بسبب ظهورهم كأسوياء حتى بعض الوقت من 3- 7 سنوات غالباً لديهم مهارات لغوية جيدة في طفولتهم المبكرة ولكن يفتقدون قدرتهم على الكلام تدريجياً كما أن لديهم موجات غير طبيعية في تخطيط الدماغ يمكن تحليلها ورسمها خلال فترات ما (محمود حمودة ، 1998) .

اضطرابات الذهان Psychosis

يشير (محمد عشيش، 1993) : إلى أن الذهان حالة تعيق الطفل عن فهم الواقع وعن فهم واقع غيره ، ونسبة وجوده بالمجتمعات من 5، 0 إلى واحد في الألف حسب الإحصائيات ، ويقسم الذهان إلى نوعين رئيسين :

(أ) الذهان المبكر : ويشمل :

الذهان الانطوائي : وتظهر أعراضه في السنة الثانية من العمر ويتصرف الطفل كأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصوات من حوله كأنه لا يرى الناس المحيطين به .

الذهان التكافئي :

ويظهر في سن متأخر نسبياً عن النوع السابق حيث يفتقد الطفل حدود ذاته وتظهر عليه حركات غريبة أو ترديد مرضى لما يقوله الآخرون (echolalia) .

الذهان التخلفى : حيث تظهر أعراض الذهان والتخلف العقلي معاًأي الذهان المصحوب بتخلف عقلي .

(ب) الذهان المتأخر

من الممكن أن يتطور الذهان لدى الأطفال بعد سن الخامسة ولكنه يختلف عن ذلك الذي يلاحظ في الطفولة المبكرة - ففي معظم الحالات يكون الذهان ضمن حالات الطبيب النفسي والذي يلاحظ غالباً لدى الراشدين مثل الفصام Schizophrenia والهوس Mania أو الاكتئاب الذهانىPsychotic Depression ومثل تلك الإضطرابات هى نادرة كلية فى الطفولة وبالمقارنة فأن الشائع لدى الأطفال هو " ذهان الطفولة الأولى المبكر " Childhood Psychoses

(لورنا وينج ، 1994)

ويشير (شاكر عطية قنديل ، 2000) : إلى وجود بعض الاختلافات بين الذهان والأوتيزم على النحو التالي :

تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحدى بعكس الذهانى .

نقص الواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدى مقارنة بالذهانى .

نشاط حركي مفرط لدى التوحدى .

نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث (4 – 1) في التوحد بينما تتساوى بين الجنسين في الذهان .

وجود هلاوس وهذيانات لدى الذهانى وعدم وجودها لدى التوحدى .

ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الذهانى وعدم وجودها لدى التوحدى .

التوحد اضطراب نمائي وسلوكي وانفعالي بينما الذهاني اضطراب عقلي .

اضطرابات الذاتوية اللانمطية Atypical Autism

الذاتوية اللانمطية نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة أما في عمر الطفل عند بدايته أو في عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير الثلاث سنوات ، وتستخدم هذه الفئة ، حيث يظهر الارتقاء غير الطبيعي أو المختل لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات أو في غياب ما يكفى من العلامات غير الطبيعية في واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاثة الضرورية كلها في تشخيص الذاتوية

ألا وهى " التفاعلات الاجتماعية المتبادلة – التواصل – السلوك النمطي المحدود والمتكرر " وتنشأ الذاتوية اللانمطية غالباً في الأفراد ذوى التخلف العقلي جسيم الشدة . (أحمد فهمي عكاشة ،1998)

اضطرابات الخرس أو الصمت الاختياري

هناك عدد قليل من الأطفال الذين يتكلمون عند ظرف معين (مثل أن يتواجدوا في منزلهم) ويمتنعون عن الكلام في مكان آخر (مثلاً في المدرسة) وهذا شائع عادة عند الأطفال حديثي الحبو أو المشي عندما يبدءون في الكلام ، ولكن إذا استمر ذلك حتى سن المدرسة فحينذاك يجب أن يؤخذ في الاعتبار وقد تكون لدى الأطفال ذوى الخرس الاختياري مجموعة متنوعة من المشكلات الكلامية ، والسلوكية ، ولكن النمط السلوكي الخاص بهم يختلفعن ذلك الملاحظ لدى الطفل التوحدى ويجب أن يأخذ الشخص في حسبانه كل الأعراض مجتمعة دون أن يعتمد فقط على أن الطفل يظل صامتاً فى بعض الأماكن ، وأحد أهم وابرز السمات هي أن الطفل ذي " الخرس الاختياري " يستطيع استخدام الكلام والإيماءات الجسدية بطلاقة وسهولة عندما يتحدث وانه لا يوجد لديه أي نوع من الاضطرابات الكلامية التي تنشأ في توحد الطفولة المبكر(أحمد فهمي عكاشة ، 1998) .

(7) أشكال التوحد :

في الغالب يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص الذي يتم تشخيصه ، ولذلك فإن هناك أعراض كثيرة للتوحد ، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر فقد تظهر عند طفل بينما لا تظهر عند طفل آخر . بالرغم من أنه قد تم تشخيصهما على أنهما مصابان بالتوحد . كذلك فقد تختلف حدة التوحد من شخص لآخر .

وعادة ما يستخدم المتخصصون مرجعا يسمى الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع DSM-IV Diagnostic and Atatistical Manual الذي يصدره إتحاد علماء النفس الأمريكيين . وذلك للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد ، حيث يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد من خلال هذا الدليل بالعناوين الآتية :

اضطرابات النمو الدائمة.

التوحد.

اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر .

متلازمة اسبيرجر Aspergers syndrome.

متلازمة ريت Retts syndrome.

اضطراب الطفولة التراجعي .

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحيانا من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض وليس كل علامات التوحد فمثلا يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد " حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في الموسوعة الإحصائية التشخيصية DSM-IV بينما يتم مثلا تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر ، حينما يظهر الشخص أعراضا يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"على الرغم من أن الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد . بينما يظهر الأطفال المصابون بملازمتي اسبيرجر و ريت أعراضا تختلف بشكل أوضحعن أعراض التوحد ، لكن ذلك لا يعنى وجود إجماع بين المتخصصين حول هذه المسميات بطريقة تختلف عن الآخر .

(8)خصائص الأطفال التوحديون Characteristics of Astism

تشير آمال باظة (2003) إلى بعض الأعراض والخصائص الفارقة للأوتيزم تبعاً للدليل الرابع (DSM-IV) (1994) ، والذي ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية والوجدانية :

ضعف في التواصل بالآخرين .

قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين .

عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات .

قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل .

ظهور الأعراض في عمر (30) شهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل .

عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الإشارات والأوامر اللفظية .

قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي .

تكرار المقاطع والكلمات .

الخوف والفزع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني .

الخصائص المعرفية :-

تتفاوت القدرات المعرفية عند الأطفال التوحديين ، فقد يكونوا على مستوى عالي في شيء معين ، بينما يكونون متأخرين في أدائهم لشيء آخر ، ويرتبط هذا الاختلاف أحيانا بعدم قدرة هؤلاء الأطفال عل فهم المفاهيم الأساسية (Simons,J., and Oishi,S., :1985,p178)

ويختلف الأطفال التوحديين من حيث مستواهم العقلي فالغالبية حوالي 75% منهم يعانون من الإعاقة الفكرية ، أما النسبة الباقية 25% والتي يطلق عليهم ذوى الأداء المرتفع ، فهم يعانون من العجز الانفعالي والإجتماعى ،ولكنهم لا يعانون من العجز المعرفي كما أن لديهم بعض القدرة على الحديث مع الآخرين وهؤلاء يمكنهم في المستقبل الالتحاق ببعض الوظائف التي تتطلب انتباهاً للتفاصيل أو تفاعلا اجتماعياً محدوداً مثل العمل في مكتبة ، أو تشغيل ماكينة مفاتيح ، ويستطيعون القيام بهذه الوظائف على نحو مقبول..(Sigman&Capps,1997)

الإدراك:

تشير دراسة مارجورى (1994) إلى أن الأطفال التوحديون لديهم مشكلات في الاستمرار في الأداء المعرفي كالتذكر لفترة كبيرة ، وهناك أطفال يعانون من مشكلات بصرية ومشكلات في استخدام الرموز وحل المشكلات

(سها أحمد أمين : 2002: 40-41) .

ويشير (شاكر قنديل ، 2000) : عن دراسة لفيرارى (1983) قام فيها بملاحظة أطفال التوحد في سلوكهم لأعمار تتراوح مابين 3 : 10 سنوات حيث قام بملاحظة ردود أفعالهم تجاه رؤيتهم لأنفسهم في المرآة وذلك بعد وضع لون أحمر على الأنف وبعد ذلك لاحظ أن الطفل قام بوضع يديه على أنفه لإدراكه بانعكاس صورته في المرآة ، وقد لوحظ هذا على الأطفال العاديين في سن 21 شهرا أنهم كانوا يلمسون أنفهم في التجربة ، ومن خلال ذلك نجد أن الطفل التوحدى قد يكون لديه نوع من الفهم لنفسه مثل العاديين ، وإن كان ذلك يأتي في مرحلة متأخرة من العمر من إدراكه لنفسه .

وتشير (نادية أبو السعود ، 2000) : إلى أن نتائج الدراسات المختلفة تبين أن الأطفال التوحديين يعانون من عجز في وظيفة الإدراك بصفها إحدى القدرات المعرفية ، حيث اتضح من خلال التقارير الإكلينيكية إن استجابات أطفال التوحد للمنبهات الحسية شاذة ، ورغم أنهم قد يغطون أعينهم أو آذانهم لتجنب منبهات معينة فإنهم يميلون إلى اللعب بالعاب الحركة السريعة ، وقد تبين من خلال ملاحظة التوحديين أنهم يميلون إلى تحريك أصابعهم أمام أعينهم كما يميلون إلى هز الأشياء ، وهذا يؤكد على أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب في عملية الإدراك .

وقد يجد الطفل التوحدى صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت ولا يستطيع تقليد الآخرين كما لا يستطيع اكتساب مهارات من خلال التقليد والمحاكاة ويميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية ، ويكاد يوزع نظره على الأشياء بدون تركيز ، وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء ، ويوجد قصور في تنظيم وتكامل الإحساس لديه ، فالعيوب الإدراكية تمثل جزءاً من الصورة الإكلينيكية للتوحد .

وتؤكد دراسة (حسن مصطفى عبد المعطى ، 2001) : أن أطفال التوحد لديهم قصور في مدى الانتباه ، وانعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما ، ويتفق معه في ذلك (عمر بن الخطاب خليل ،1991) : على أن مشكلة الاضطراب التوحدى تتمثل في اضطراب الإدراك حيث يهتم الطفل التوحدى ويستجيب لمنبهات بعينها بغض النظر عن كونها استجابة شاذة ولا يستجيب لمنبهات أخرى مما يعنى أن الخلل والقصور يكونان في الإدراك، هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين كما يعوقه عن الملل على زيادة المخزون في الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة المعرفية .

الانتباه:

يشير محمد أحمد خطاب (2005: 31 : 32) إلى أن الأطفال التوحديون يظهرون انتقائية الانتباه وذلك من خلال الأحداث البيئية المحيطة بهم ، حيث أنهم يستجيبون بخبراتهم الحسية الأشياء . كما أن قدرتهم على التصنيف النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب تتسم بالجمود . ولذا يعد الاضطراب في التوحدى وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين .

وتشير بعض الدراسات إلى أن ضعف الانتباه لدى التوحديين يرجع لعدم قدرتهم على انتقاء المثيرات والربط بينها ، كما وجدت أيضاً صعوبات في الانتباه المتصل والمنفصل لديهم تبعاً لزيادة متطلبات المعالجة للمهمة ، وقد قام جولدستين بدراسة على عينة تتكون من 130 من المصابين بالتوحد ، وتم تطبيق بعض الاختبارات مثل توصيل الحروف والأرقام وشطب الكلمات ، وتم تقديم المثيرات من خلال الكومبيوتر ، وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبات في الانتباه تتمثل في ضعف الإدراك وغيرها من مكونات الانتباه (Goldstein,G.,et al 2001,p.,433,Jessica,B.,et al:2003,p552-560)

وتظهر الصعوبات المعرفية الأساسية للأطفال المصابين بالتوحدفي منطقتين رئيسيتين هما :الانتباه المشترك واستخدام الرمز ، فيعكس الانتباه المشترك صعوبة في الانتباه التعاوني كما يعكس استخدام الرمز صعوبة في تعلم المعاني المشتركة والتقليدية

وأثبتت الدراسات أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء . كما أن قدرتهم على التصنيف النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب تتسم بالجمود . ولذا يعد الاضطراب في التوحدى وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين. (Susan,M.,et al:2003,p.329).

كما تشير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأطفال ذوى متلازمة اسبيرجر ، ويظهر خصوصا في استجابة غير ثابتة أو متباينة للمثيرات في مهام الانتباه البصري (Schatz et al,2001) .

ونلاحظ أن الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضطرابات في الانتباه لدى الأطفال التوحديين ، فالانتباه قدرة رئيسية حيث أنه أساس عمليات اختصار المعلومات ، وانتقاء الاستجابة ، والاستعداد للفعل النهائي . تصل المعلومات الجديدة في شكل تدفق مستمر للمثيرات الداخلية والخارجية ، ويقوم الفرد بتنمية قدرة متزايدة يتجاوز الدافع للانتباه لما هو جديد أو مرغوب فيه

حتى يتأهل أو يوجه أو يرشد الانتباه بناءاً على القدرة المعرفية السابقة والأهداف الداخلية ، ويتميز الأطفال التوحديون بانتباه قوى للمعلومات البصرية التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من ذوى الاضطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المستمر على المهام

(Buchsbaum et al,Cosey et al,1993,Garretson et al, 1990, Goldstein et al, 2001, Minshew et al,1997,Pascualvaca ey al, 1998)

ج) التذكر :

يشير إبراهيم عبد الله الزريقات (2004 : 152) إلى أن الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال التوحديون ، تظهر في المثيرات السمعية والبصرية ، حيث أنهم يظهرون حداثة في الاستدعاء الفوري للجمل المختلطة المتضمنة جزءاً من الجمل وجزءاً من غير الجمل ، والوصف الإكلينيكي لهؤلاء الأطفال يظهر ميلهم لإعادة الجمل التي قيلت لهم لتستعمل في كلام المصاداة ،

أما الذاكرة طويلة المدى وهذه الذاكرة جزء آخر لدى الأطفال التوحديون حيث نجد أن لديهم قدرة معاقة لاستدعاء الأنشطة التي قاموا بها حديثا وهذا ما يؤكد أن الشذوذات اللغوية لدى الأطفال التوحديون قد تنتج عن صعوبات تذكر الأشياء المناسبة لقولها .

كما يشير (Scheuevmann&Webber,2002:7) إلى أن الأطفال التوحديون يستخدمون مخزون الذاكرة وهو يشبه صندوق التكرار ويظهر ذلك في قدرة الأطفال التوحديون البارعة فى رسم الصور كما هي ، وتجميع الصور .

وتشير (سوسن شاكر الحلبي ، 2005) : إلى أن الأشخاص المصابين بالتوحد يعتمدون على طريقة معينة من التفكير تتميز في معظم الأحيان بما يلي :

التفكير بالصورة وليس بالكلمات .

عرض الأفكار في مخيلتهم على شكل شريط فيديو مما يجعلهم بحاجة إلى وقت أكثر لاسترجاعها .

صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفوية .

صعوبة في الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومات أخرى .

صعوبة في تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها .

يواجهون صعوبات في معالجة المعلومات الحسية التي تصل إليهمما يؤدى إلى وجود عبء حسي **Sensory overload**

يستخدمون العقل بدلاً من المشاعر في عمليات التفاعل الاجتماعي .

يعانون من صعوبات في عدم انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس .

د) التخيل :

يشير عمر بن الخطاب (2001 :27) إلى أن الطفل التوحدى لديه محدودية في النشاط الخيالي ، يتسم ذلك في التقليد وعدم إدراك الأهداف المتصلة بالكلمات مثل الأدب والأحاديث الاجتماعية .

ويرى (Loma,M.D.,2007: 23) أن الأطفال التوحديون لديهم ضعففي النشاط الخيالي حيث لا يلفت انتباههم سوى ما يرون ، لأن ليس لديهم فهم لمشاعر الآخرين ، لذلك يجدون من الصعب مشاركة السعادة أو الحزن .

ومن خلال ما سبق نستطيع أن نلاحظ الخصائص المعرفية لأطفال التوحد فيما يلي :

صعوبة في الإدراك الاجتماعي .

مدى انتباههم قصير .

الصعوبة في الاستجابة للمثيرات المختلفة .

لديهم صعوبة في الانتباه لمثير معين .

لديهم شذوذ في الإدراك الحسي .

يتمتعون بذاكرة صماء جامدة غير مرتبة ولا مرتبطة.

الخصائص الاجتماعية Socil Characteristics

يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثروأشد الملامح المميزة للاضطراب التوحدى ، ومعظم الأطفال التوحديون يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يصفون على أنهم في معزل عن الآخرون أو في عالمهم الخاص (Siegl, B, 1996,p.25).

هناك مشكلة في المعرفة الاجتماعية لدى أطفال التوحد ذوى الأداء المرتفع هي اتجاههم لإعطاء انتباه أكبر للتفاصيل الخارجية ، خاصة الخصائص المادية المتضمنة في الموقف الاجتماعي ، أكثر من أعزاء المعاني الاجتماعية للمثيرات فهناك إحدى الدراسات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال كانوا يميلون إلى وصف التفاصيل البدنية لصورة تخص اثنين من الأصدقاء بينهم أسرار (الملازمة والمجاورة الشديدة ، والأنشطة التي يقومون بها ، ولون ملابسهم) ، أكثر من إنهم أصدقاء حميميون ، ومن خلال ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم فهم جزئي للحالات النفسية للآخرين ، لذلك فإن البرامج يجب أن تقوم على أساس هدفين الأول: توسيع فهم الطفل للحالات النفسية للأطفال الآخرين ، الثاني: توجيه الطفل بصورة مباشرة لتطبيق هذه المعرفة لزيادة التبادل في التفاعلات الاجتماعية اليومية (Bauminger,2002 : 288).

ويشير (إلهامي عبد العزيز إمام ، 2000) : إلى أن العزلة الاجتماعية تعتبر من أهم السمات التي تميز الأطفال التوحديين حيث يظهر هذا الاضطراب بصورة واضحة عندما يدخل التوحديين طرفاً في علاقة تفاعل مع الآخرين ، ولاشك أن غياب التفاعلية في عملية التفاعل هي العنصر الأساسي في تخلف السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين عن أقرانهم في مثل سنهم

وذلك نظراً لأن أطفال التوحد يعجزون عن التنبؤ بما سيفعله الآخرون ، كما أنهم يبدون غير قادرين على تعديل سلوكهم بما يساير سلوك الآخرين .

وتشير (سوسن شاكر الحلبي ،2005) :إلى أن القصور في السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين يمكن تحديده بثلاث مجالات هي :

التجنب الاجتماعي Socially Avoidant

يتجنب الأطفال التوحديين كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يؤدون التفاعل معهم .

اللامبالاة الاجتماعية Socially different

وُصف الأطفال التوحديين بأنهم غير مبالين ، ولا يبحثون عن التفاعل الإجتماعى مع الآخرين ، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين .

الإرباك الجماعي Socially awkward

يعانى الأطفال التوحديين من صعوبة في الحصول على الأصدقاء ، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي ، حيث يتصف الأشخاص ذوى اضطراب التوحد بمشكلات تتعلق بإقامة علاقات اجتماعية ، والمحافظة عليها حيث أن الشخص التوحدى ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل الاجتماعي ، مما يؤدى إلى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية ،كما أن الطفل التوحدى لا يتضايق من بقاءه بمفرده .

ويؤكد هشام الخولى (2008: 20) وكاربنتر وآخرون (Carpenter, et,al,2002) ، وكامبس وآخرون (Camps,et,al 2002) على أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في التفاعل الاجتماعي ويظهر ذلك في عدم تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين ، والانسحاب الاجتماعي ونقص القدرة على الاستجابة لأفعال الآخرين وقصور في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية .

ويشير كل من روبال Ruble (2001: 472) ، ولونجينكرLongenecker (2002: 11) ، وكاربنتر وآخرون Carpenter,et,al (2002) إلى أن اضطراب النمو في الجوانب الاجتماعية إنما يمثل المشكلة الجوهرية لدى أطفال التوحد

وتستخدم هذه الإعاقة بصورة جوهرية في تعريف زملة أعراض هذا الاضطراب ، وتعتبر على المستوى الكمي والكيفي مختلفة عن الأعراض الملاحظة في اضطرابات الطفولة الأخرى ،

ويتم تحديد الإعاقة الاجتماعية بأنها الافتقار إلى المهارة الاجتماعية والفهم الاجتماعي، كما أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يخبرون بعض الرغبة الاجتماعية والتعلق الانفعالي ، إلا أنهم يواجهون مشكلات في تعلم التفاعلات الاجتماعية وفى الاستجابة وفى المبادأة وفى إمكانية التفاعلات الاجتماعية التبادلية ، وفى التواصل بدقة وكفاءة مع الآخرين ، وفى تفسير وجهات نظرهم .

أشار (كانر) **Canner** إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد وما زال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماماً خاصاً حيث شدد على أن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب هي العنف والانحراف الاجتماعي **Social Deviance** وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء والأطفال التوحديون وما تزالهذه المظاهر من أهم المعايير التي يعتمد عليها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم كانر (محمد قاسم عبد الله، 2001)

حيث يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر واشد الملامح المميزة للاضطراب ، وان معظم الأطفال التوحديين يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفوا على أنهم في معزل عن الآخرين أو مفصولين عن المجتمع أو عن عالمهم الخارجي (Sigel,B.,1996,25) .

ويشير(حسن مصطفى عبد المعطى ، 2001) : إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بنقص (إن لم يكن غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلى وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما ، والأطفال التوحديين غالباً ما لا يبدون التعرفأو التمييز لمعظم الناس المهمين في حياتهم كالآباء والأخوة والمعلمين ، ويمكن أن يظهروا عملياً انعداماً في قلق الاتصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء .

ويرى (محمد على كامل ، 1998) : أن الأطفال الصغار العاديين يظهرون بسلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المألوفين لهم (أب- أم – أخوات) ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة ،

وبالتتابع يتعلمون أن يميزوا في المعاملة سلوكياتهم للتحية مثلاً أي من هو الشخص الذي يقبلونه أو يعانقونه أو من هو الشخص الذي يتحفظون معه في الكلام إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للتوحديين ، فهم غالبا ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة ، أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المألوفين أو الغرباء .

كما أن العيوب المحددة التي تظهر بين الأطفال التوحديين هي الفشلفي فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين ، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات (Cray C., 1995) . حيث أن العلاقة التي يخزنها الطفل التوحدى بالآخرين تكون علاقة سببية أكثر منها تعبيرية بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريد فمثلاً إذا أراد شيء ما يأخذ يد الأب ويضعها تجاه هذا الشيء ، أي أن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل مريده عندما يشاء ، وهذه العلاقة الوسيلة غالباً ما توحي لآباء الأطفال التوحديين أن أطفالهم مهتمين أكثر بالحصول على ما يريدون أكثر من اهتمامهم بمن يلبى لهم هذه المطالب (Sigel. B, 1996, 26-28) .

كما أن التوحديين لديهم مشكلة في التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة أن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدودة للغاية ، أما التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة بها أيضاً (محمد على كامل،1998) .

وأكد كانر Kanner (1943) ،وبارى وآخرون Barry et al (2003) على أن السمة الأساسية في اضطراب التوحد هو الضعف والإنحراف عن المستوى الاجتماعي ، حيث يعد انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أبرز الملامح المميزة لهذا الاضطراب ، فمعظم أطفال التوحد قليل التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يوصفون على أنهم في معزل عن الآخرين ، وفى بعد عن المجتمع الذي يعيشون فيه .

ويشير بيرسون وميتشيل (Parsos&Mitchell) (2003: 43) إلى أن الإعاقة التي تظهر لدى الأطفال التوحديون في المجال الاجتماعي تؤدىإلى الانسحاب الاجتماعي وصعوبة تحقيق صداقات وعلاقات والاحتفاظ بهذه الصداقة ، وقد قامت العديد من المحاولات لتحسين المهارة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ،

وزيادة التقبل من جانب الأقران والمحيطين ، حيث تقوم الأساليب المعرفية الأكثر حداثة لتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطراب التوحد على افتراضات نظرية العقل yheory of Mind (TOM) والخاصة بالاوتيزم حيث ترى هذه النظرية أن الصعوبات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال تتضح عن طريق عدم القدرة على التفكير حول الحالات الذهنية والنفسية للذات الأخرى .

ويشير (Siegel,1996,46) ،وشاكر قنديل (2000: 89) ، محمد كمال (2009: 68) إلى أن الأطفال التوحديون يظهرون درجات من شذوذ الاتصال بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر ، والذي قد يأخذ شكل تحديق العين وعادة فإن الأطفال التوحديون يقومون باتصال بالعين أفضل مع أفراد العائلة عنهمع الناس غير المألوفين . وأيضا عندما يتكلمون مع الآخرين ، وإن كان شكل هذا التواصل يختلف في طبيعته ، حيث أنهم نظروا إلى الآخر لفترة أطول حينما كانوا هم المتكلمين ، والعكس كان صحيحا حين كانوا في موقف الاستماع .

ويوضح كل من جولدشين وثيمان Goldstion&Theiman (2000) ، والين وآخرونwhalen, et al (2006 : 662) ، ونوريس وداتيلو Norris&Datilo (1999) أن العجز الرئيسي الذي يواجهه الأطفال ذوى اضطراب التوحد على المستوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي ، والذي يتمثل في فقدان القدرة على إعزاء المشاعر والانفعالات للآخرين وللذات حيث تنقص الأطفال التوحديون القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات ، حيث تقتصر العلاقة مع الآخرين على تلبية الاحتياجات الضرورية لهم إذا أرادوا ، وإنهملا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحزن والفرح وهذا نتيجة عدم قدرتهم على الانتباه وصعوبة التقليد .

ويرى إلهامي عبد العزيز إمام (2003 : 279)، وروفمان وآخرون Ruffman ,et,al (2001) ،إنجرسول ، شريبمان Ingersol & Schreibman (2006 : 487) ، كوتش ومايريند Cuoch & Miren (2003) أن أصعب ما يواجه الأطفال ذوى اضطراب التوحد هو في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، وهى علاقة مهمة لمنع العزلة الاجتماعية وشعورهم بالفرحة والسرور نتيجة للتواصل الاجتماعي ، وعدم وجود هذه المهارة ينعكس على اكتساب مهارات اللعب كما أن الصعوبات في التقليد هي السبب الأول للنمو غير الطبيعي للسلوكيات التواصلية الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال .

ويشير أوريوردان ، باسيتى Oriordan& Passetti (2006: 665) هيبورد،ستون Hepburd&Stone (2006: 641) إلى أن المعالجة البصرية لدى أطفال التوحد تتضمن التركيز على مثيرات محددة واستبعاد مثيرات أخرى والقدرة الشديدة لملاحظة ملامح وتغيرات محدودة في البيئة والحساسية الشديدة لأصوات معينة .

ويتفق كل من ترافاجلينى Travaglini(2001) ، جيلفيه Gelveh (2002: 2) على أنه في اضطراب التوحد تصيب الإعاقة جميع جوانب التواصل باعتبار أن التواصل عملية مشاركة للمعلومات والأفكار مع شخص آخر على جعل فرد آخر يعرف أنك تريد شيئا ، والتسليم بوجود أشخاص آخرين والتفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر من الناس ، والمبادأة ، ومعرفة أولويات الاستجابة والتقليد .

وقد أوضحت بعض الدراسات أن غياب التفاعل الاجتماعي يبدو على وعى الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً (Aarons,M.,& Gittens,T., 1993,11) .

ويتضح مما سبق أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد لديهم قصورفي العلاقات الاجتماعية تتمثل في علاقتهم بوالديهم ، وأقرانهم حيث أننالا نلاحظ أي تفاعل متبادل بين هؤلاء الأطفال والطرف الآخر وكأنهم لا يستمتعون بوجود الآخرين ولا يشاركوهم الاهتمام بالأشياء ولا ينظرون للأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يحبون الاختلاط بمن في عمرهم من الأطفال .

كما أن اضطراب السلوك الاجتماعي لا يقتصر على جانب سلوكي واحد فقط بل أنه يشمل أنماطاً وجوانب عديدة يمكن أن تصف السلوك الاجتماعي لدى الطفل التوحدى ومنها :

عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين فنجده ينسحب من المواقف الاجتماعية ويتقوقع في عالمه الخاص .لا يأبه بالأشخاص الموجودين حوله في الغرفة ويتجاهلهم تماماً ويلتفت إلى الجوانب المادية الموجودة في الغرفة .يتعامل مع أجزاء جسم الإنسان كما لو كانت أجزاء منفصلة فعند ما يمد شخص إليه يده تجده يلعب بها ويقابلها كما لو كانت اليد جزءاً غير متصل بالشخص .

يفتقد القدرة على التواصل البصري .

يتعامل مع الأشخاص كما لو كانوا جمادات أو كائنات غير حية فهولا ينظر إلى وجوه الأشخاص حوله .

يفتقد السلوكيات المقبولة والمعايير الاجتماعية فقد يأكل أجزاء من النباتات عندما يكون في موقف تعليمي للعناية بالنباتات .

يهتم بالجوانب غير الاجتماعية لمن حوله كأن يتعرف على أسماء الأطفال الذين معه ولون أعينهم والأسرة التي ينامون عليها .

عدم قدرته على فهم تغيرات الوجه .

صعوبة الانتباه المشترك من جانبه .

عدم القدرة على التعاطف مع الآخرين .

صعوبة فهم القواعد الاجتماعية .

عجزه عن الارتباط بالأقران .(سايمون كوهين ، باتريك بولتون ، 2000) .

وقد لخصت (لورنا وينج) السمات الاجتماعية للطفل التوحدى في النقاط التالية :

قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الوجداني .

لا يسير في أعتاب والديه ولا يجرى لاستقبالهما عند عودتهما إلى المنزل .

لا يسعى إلى استدراك العطف والحنان إذا أصيب بأذى .

لا يتعود على إلقاء التحية أو التوديع للوالدين أو من يقوم برعايته .

لا يهتم بالاستجابات الانفعالية أو العاطفية من قبل والديه .

ضعف القدرة على التواصل البصري ولا يجيد استخدام العين .

لا تظهر عليه ملامح الضيق والقلق عند انفصاله عن والديه .

يتجنب النظر بالعين في وجوه الآخرين ولا يستطيع تحويل نظره من مؤثر لآخر .

تظهر عليه تغيرات وجهية لا يستطيع المحيطين به الحكم عليها .

صعوبة اكتساب مهارات اللعب الجماعي .

الفشل في تكوين صداقة أو علاقات .

لديه قصور في استقبال المشاعر والاستجابات الاجتماعية .

لديه تأخر في النمو اللغوي والانفعالي بدرجة كبيرة .

صعوبة في فهم واستيعاب الكلمات المنطوقة والحديث الموجه .

عادة يرتبط كلامه إن وجد بالاحتياجات الأساسية .

لا ينشغل إلا باللحظة الحاضرة .

يردد الكلام بشكل نمطي وتكرار غير مناسب مع الموقف .

لا يميز بين الضمائر (أنا - أنت - نحن) .

يظهر ضروباً سلوكية تتسم بالنمطية والتكرارية .

لديه قصور في القدرة على التخيل وخاصة في مواقف اللعب والمشاركة مع الأطفال .

يظهر اهتماماً غير عادياً برائحة الأشياء وملمسها .

يبدو عليه مقاومة للتغيير في البيئة المحيطة وتتسم الأنشطة التي يمارسها بالصلابة وعدم المرونة .

يبدوا على الطفل التوحدى أنه طفل عادى ويوحي وجهه أنه على درجة كبيرة من الذكاء .

أحيانا يصاب ببعض اضطرابات الجهاز العصبي التي تظهر في شكل ضعف القدرة على التآزر الحركي مع وجود بعض الحركات الثانوية اللاإرادية Lorna) .Wing,1994,p25-26)

الخصائص الانفعالية :-

تشير (آمال عبد السلام باظة ، 2003،) : إلى أن أهم صفات الطفل التوحدى كما جاءت في الدليل الإحصائي الرابع (DSM – Iv – 1994) هي :

ضعف التواصل بالآخرين .

قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين .

عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات .

وتكرار للمقاطع والكلمات .

الخوف والفزع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني .

قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل .

ظهور الأعراض في عمر (30) شهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل .

قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي .

ويشير (شاكر قنديل ، 2000) : إلى أن السبب في المشكلات الانفعالية هو أن طبيعة الطفل التوحدى تسبب له أقصى درجات التوتر ، ولذا يبدو هؤلاء الأطفال غير سعداء ، وقد يبكون أو يضحكون دون سبب واضح ، ويكون مصدر الألم لديهم محدداً مثل التغيير اليومي المعتاد ، كل ذلك يوحى بأن لديهم وعيا بمدى اختلاف حالتهم عن الآخرين .

ويرى (Yimya,1996: 78) أن الأطفال التوحديون لديهم قصور انفعالية ويعبرون عن انفعالاتـهم ببعض أشكال السلوك على النحو التالي :

النشاط الزائد .

يرى عبد الرحمن سليمان (2001: 115) أن فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديون في حيت أن نقص الحركة أقل تكراراً ، وعندما تظهر فإنها غالبا ما تتبدل إلى فرط النشاط .

سلوكيات شاذة.

يرى شاكر قنديل (2000 – 91) أن الطفل التوحدى يختلف في إعاقته عن إعاقات أخرى ، فهو لا يبدى أدنى حد من الإشارات التي توضح أنه يشعر بإعاقته ، ولذلك فهو لا يبدو واعيا بمدى الغرابة في سلوكه على الرغم من أنه قد يكشف في حالات خاصة عن سلوكيات غاية في الشذوذ مثل خلع جميع ملابسه في الشارع أو إبداء عبارات مخجلة بشأن الآخرين .

مقاومة التغيير .

يظهر الأطفال التوحديون هذه السلوكيات بشكل مبالغ فيه ، فبعض منهم يعتريهم نوبات غضب شديدة لو أن الأثاث في المنزل تحرك من مكانه Rosenhan&) Seligman,1995 : 636)

سلوكيات إيذاء الذات :

يلاحظ أن بعض الأفراد التوحديين يقومون بضرب رأسهم في الحائطأو عض أيديهم أو ضرب أنفسهم بصورة متكررة ، وقد أثبتت الدراسات أن هذه السلوكيات قد يكون لها بعض وظائف التواصل .

الإثارة الذاتية :

حيث ينهمك الأطفال التوحديون في أنشطة مثل :

الدوران حول الذات أو الأشياء

الهمهمة .

ترتيب الأشياء وإعادة تنظيمها .

القفز لأعلى ولأسفل .

إمعان النظر في اليد .

لف الخيوط أو الأشرطة .

تحريك اليد بين العينين .

ضحك غير مصحوب بالمشاركة الاجتماعية .

. (Scheuermann,B., and Jowebber.2002,p6-8)

ويقرر (حسن عبد المعطى ، 2001) : أن كل الأطفال التوحديون يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الناس الآخرين ويظهرون الفشل في نمو التعاطف وهذا ما أكدته دراسة (إسماعيل بدر ، 1997) من أن الطفل التوحدى قد لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك لا يعبر ذلك عن الفرح لديه والبعض لا يعانقه حتى أمه والبعض لا يظهر أي مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح ، مع عدم الاستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة ، وقد يقلد الآخرون في بعض التغيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل .

ويشير (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى ،1995 ، عبد الرحمن سليمان ، 2002) : إلى أن البرود العاطفي الشديد يعد من أهم الخصائص التي تلاحظعلى أطفال التوحد حيث يظهر عليهم عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناقأو إظهار مشاعر العطف

ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحد ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين .

ويشير (عثمان فراج ، 2002) : إلى أن كثيراً من الآباء يشكون من عدم اكتراث أو تجارب طفليهما مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يظهر اهتماماً بحضورهم أو غيابهم ، وقد تمضى ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرون معه ، ومن النادر أن يبدى عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية .

وقامت (نادية عبد القادر ، 2002) : بدراسة فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم ، والتي استهدفت استثارة انفعالات وعواطف الطفل ، وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته واختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به ، وقد بينت نتائجها حدوث انخفاض ملحوظ في العزلة العاطفية والانفعالات السلبية وتفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفليهما .

ويرى (عبد الرحمن سليمان ، 2000) : أن التشابه بين الأعراض بين الأعراض والسمات التي قدمها الكثيرون للأطفال الأوتيستك يمكننا من الخروج بالعناصر الرئيسية للتوحد كالتالي :

المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية .

الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية .

وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة .

سلوك حركي غير عادى ومقاومة للتغير في البيئة .

تطرف في التعبير عن الانفعالات وأيضاً في الحالة المزاجية .

افتقار للسلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب .

الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics

تشير (آمال باظة ، 2003) : إلى أن الأطفال ذوى اضطراب التوحدفي سن ما قبل المدرسة يظهر عليهم نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي ، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام ولا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة .

ويعرض (محمد بن عبد العزيز الفوزان ، 2000) : الملامح أو الصفاتالتي تميز وتحدد الأطفال التوحديين على النحو التالي :

العجز في توسيع العلاقات مع الغير : ويقصد بذلك عدم قدرة الطفل التوحدى على تكوين تفاعل وروابط وعلاقات مع الناس الآخرين ، ويهتم فقط بالأشياء المدركة بالحواس بدلاً من اهتمامه بالأشخاص ، بمعنى أنه ليست لديه أية رغبة في التعرف أو سماع الآخرين ، ولا يعنيه أحد لأنه يفضل الوحدة الخيالية ، كما أن لديه صعوبة كبيرة لفهم وإظهار عواطفه .صعوبة في اللغة والتخاطب واكتساب المعرفة : لاشك أن لغة التخاطب تعتبر من المعوقات إلى تواجه طفل التوحد

إذ أن هناك 40%من أطفال التوحد في العالم لا يحسنون التحدث وليس لديهم لغة التخاطب كما أن الأطفال الذين لديهم لغة التخاطب ويتحدثون فإن حديثهم هو عبارة عن كلام بالترديد مثل الببغاء أي يردد ما قاله الشخص الذي يخاطبه مثل خذ يا أحمد التفاحة ، يردد ما قلته ويقول خذ يا أحمد التفاحة ، وهذا الحديث غير مقبول في المجتمع .

الاستخدام المتقطع للغة : يتصف أطفال التوحد بهذه الخصوصية حيث أنهم يمتلكون رصيداً كبيراً من الكلمات ولكنهم لا يمتلكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى ، وهذه هي المشكلةالتي يعانى منها أطفال التوحد .

الانعكاس الضميري : وهذا يعنى أن الطفل التوحدى يثبت ضمير (أنت) عوضاً عن ضمير (أنا) مثال ذلك لو أننى خاطبت أحمد بان أقول له : هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ فالإجابة بكل بساطة يكرر نفس السؤال الموجه إليه ويقول هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ وكذلك عدم القدرة على استخدام حرف الجر مثل (الطعام على الطاولة) لأنه لا يفهم بل يجب أن يقال له طعام طاولة وهكذا .

النمطية Typically : أي تكرار التصرفات الغير معقولة بصورة تلقائية أطفال التوحد حركتهم ونشاطهم محدود حداً حيث يميلون إلى تكرار نفس النشاط دون تطوير لنشاط تخيلي بارع التصوير .

التمسك بالرتابة : أطفال التوحد يقاومون أي تغير في حياتهم اليومية بمعنى أنهم يفضلون العمل الروتيني ، لذلك يشعرون باليأس والخيبة عندما تتغير البيئة أو الجو الذي اعتادوا عليه في المنزل أو غيره فمثلاً لو تغير على الطفل جدول النوم أو مكان النوم المعتاد فأنه يشعر بالتوتر والقلق .

عدم ربط الأحداث وعدم إدراك معنى الأشياء : فمثلاً عدم ربط الأحداث مع بعضها كأن يكون لديه لعب وقد يلعب بها ولكن ليس لديه أي معنى لهذه اللعبة أو الهدف منها أو كيفية استعمالها ، كما أن أطفال التوحد ليس لديهم غريزة التملك مثل الأطفال العاديين فأعطى لعبة فيأخذها ثم يرميها في أي مكان .

الاستظهار من غير فهم وعدم ربط الأحداث مع بعضها : حيث يقوم الأطفال التوحديين معظمهم بأعمال غريبة ولافتة للنظر من ذاكرته واستظهار أشياء في خياله من غير فهم

كأن يردد حديثاً أو حركة شاهدهاأو سمعها من جهاز التلفاز ويظل يكرر هذا الحديث طوال الوقت طالما أن ذاكرته تملى عليه هذا الشيء من غير فهم أو ربط هذا الحديث بالوقت المناسب .المظهر البدني أو الجسم العادي : الكثير من أطفال التوحد يتمتعون بالرشاقة في الجسم والوسامة في المنظر .

ويشير (كوهين وبولتون ، 2000) : إلى أن سلوك الطفل التوحدى يتسم بأنه ضيق ومحدود مع وجود نوبات انفعالية حادة وهذا السلوك لا يؤدى على نمو الذات ، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ، ويمثل السلوك الإستحواذى المتكرر مشكلة كبيرة لكثير من الأطفال ذوى اضطراب التوحد ويتصف هذا السلوك بفقدان المرونة وعدم القدرة على التخيل ، ويعد السلوك الإستحواذى أحد المظاهر السلوكية الواضحة للأطفال ذوى اضطراب التوحد إلا أنه قد لا يظهر بنفس الشكل أو الدرجة عند كل الأطفال فبعض الأطفال يظهر سلوكه الإستحواذى أثناء اللعب ، ونجده يصف الأشياء بطريقة نمطية في المنزلفي حين يظهر لدى آخرين أثناء أدائهم لواجباتهم المدرسية يضعوا نقطة أو علامة بعد كل كلمة تكتب ، ومجموعة ثالثة يستحوذ عليها سماع نشرة الأحوال الجوية في كل الإذاعات ،

وقنوات البث التليفزيوني ، ومجموعة رابعة يسيطر عليهم سلوك استحواذى أثناء تناول الطعام كأن يصر الواحد منهم على نوع معين من الجبن تقدم يومياً على طبقه بنفس الطريقة ، في حين يكون السلوك الإستحواذى أخف شكلاً ودرجة لدى بعض الأطفال الآخرين .

ويلخص (محمد على كامل ، 2003) : الخصائص السلوكية للتوحدعلى النحو التالي :

يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.

لا يحب أن يحضنه أحد .

يقاوم الطرق التقليدية في التعليم .

لا يخاف من الخطر .

يكرر كلام الآخرين .

أما نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه .

لا يلعب مع الأطفال الآخرين .

ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة .

بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة .

يقاوم التغيير أو الروتين.

لا ينظر في عين من يكلمه .

يستمتع بلف الأشياء وبرمها .

لا يستطيع التعبير عن الألم .

تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة .

فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبة .

وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين .

قصور أو غياب في القدرة على الاتصال والتواصل .

المشكلات السلوكية التي يعانى منها الأطفال التوحديون عديدة ، وتختلف من طفل إلى آخر وذلك لأن أطفال الأوتيزم ليسوا على نمط سلوكي واحد(محمد الفوزان،2000 : 41) .

يتسم سلوك الطفل التوحدى بأنه محدود وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة ، وسلوكه هذا لا يؤدى إلى نمو الذات ويكونفي معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ، ومعظم سلوكيات الطفل التوحدى تبدو بسيطة من قبل تكوير قطعة من اللبان بيديه ، أو تدوير قلم بين أصابعه أو تكرار فك وربط رباط حذائه ، وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدى يراه وكأنه مقهور على ذاته ، أو كأن هناك نزعة قهرية لتحقيق التشابه في كل شيء ، حيث أن التغيير في أي صورة من صوره يؤدى إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه(عبد الرحمن سليمان ، 2002) .

كما يلاحظ قصوراً حاداً في أداء الطفل عموماً مما يؤدى إلى عجزفي عمليات نمو الشخصية ، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية ، أو حدوث ثراء في خبرات الطفل ، وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدى عاجزاً عن التأثير في بيئته ، ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدى دوراً مؤثراً في مثيرات البيئة ، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة حيث أن من الحقائق المعروفة أنه كلما اتسع مدى السلوك كلما تعاظمت الرغبة في أداء سلوك جديد

وكلما زادت احتمالية أن تؤدى نتائج هذا السلوك إلى زيادة القابلية لتعزيزه ، أي أنه كلما اتسعت خبرات الطفل وتفاعلاته الاجتماعية كلما امتد سلوكه إلى نطاقات جديدة ، أما بالنسبة للطفل التوحدى فإن تعرضه المفاجئ لأي بيئة جديدة وفى نطاق خبراته السلوكية المحدودة فإن ذلك يعرضه إلى اضطرابات حادة في شخصيته (شاكر عطية قنديل ، 2000) .

وتتضح المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديون فيما يلي : -

السلوك النمطي التكراري .

يشير إلهامي عبد العزيز (1999: 9) إلى أن التوحديون كلما تطور نموهم فإن السلوكيات النمطية البسيطة تميل لأن تقل وتستبدل بسلوكيات متكررة أكثر تعقيداً ، وقد يندمجون في جمع أنواع معينة ، وقد يندمجون في تنظيم الموضوعات في شكل خطوط ويصرون على روتين خاص مثل تتبع نفس الطريق تماما عند الذهاب إلى المدرسة .

سلوك إيذاء الذات .

هو السلوك الذي يتسبب في إصابة جسدية هامة للطفل ، ويأخذ أشكال عديدة مثل عض الشخص لذراعيه ، أو خدش الوجه ، أو عض الشخص لسانه . (Scott,et al , 2000,24-25)

الخصائص الحركية Locomotors Characteristics

يشير (عثمان فراج ، 2002) : إلى أن الأطفال التوحديين غالباً ما يكون مظهرهم مقبولاً إن لم يكن جذاباً مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات يكونون أقصر طولاً من أقرانهم الأسوياء المساوين لهم في نفس العمر ، ويختلف الطفل التوحدى عن الطفل العادي في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يتردد أو يتبادل استعمال اليد اليمنى مع اليسرى ، مما يدل على وجود اضطراب وظيفي بين نصفى المخ الأيمن والأيسر كذا يوجد اختلافاً عن الطفل الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم ، كما يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجهاز التنفسي ونوبات ضيق التنفس والسعال ، كما يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين الأطفال العاديين .

وتشير (وفاء الشامي ، 2004) : إلى أنه فيما يتعلق بالتنسيق الحركي فقد بينت الملاحظات المباشرة والدراسات البحثية أن الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين يواجهون صعوبة في التصرفات الحركية التي تتطلب مستويات معالجة عالية كالتخطيط والتنسيق والانتباه والمحاكاة وتنفيذ حركات حسب تسلسل معين ، حيث يصعب عليهم تعلم نشاطات حركية متناسقة كالرقص وفقاً لأنغام موسيقية ، وتنفيذ خطوات عديدة في الوقت نفسه ، كما يصعب عليهم ممارسة نشاطات توازن كالوقوف على سطح غير ثابتة أو الوقوف على ساق واحدة

ويلخص (محمد جميل يوسف، 1994) : سمات السلوك الحركي عند الأطفال التوحديين في النقاط التالية :

حركات تشمل الجسم كله :

الوقوف المفاجئ .

الدوران حول نفسه بسرعة دون أن يصاب بالدوار .

السير في شكل دائرة صغيرة مقفلة باستمرار .

الجري أو المشي على أطراف الأصابع .

المشي بطريقة شاذة .

حركات الأيدي :

الصفح بالأيدي .

إسقاط الأشياء .

النقر بالأصابع .

تذبذب اليد .

الكف الحركي :

حبس الاستجابات .

اتخاذ وضع ثابت للجسم .

الحركات الإيقاعية :

اهتزاز الجسم وتأرجحه .

القفز المتكرر .

ميل الرأس وتأرجحها .

ويشير (جوزيف ريزو ، روبرت زايل ،1999) : إلى أن بعض الأطفال التوحديين لهم طريقة خاصة بهم في الوقوف ففي معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم ، كما أن أزرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك زراعيه إلى جانبيه وفى معظم الأحيان فإنهم يكررون حركات معينة مرات ومرات فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو الخلف بشكل متكرر ، وفى بعض الأحيان قد يحركون أيديهم أو أرجلهم في شكل حركات الطائر ، وتلك السلوكيات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر الضوء يضاء ويطفئ .

يشير (شاكر عطية قنديل ، 2000) : إلى أن هناك بعض جوانب النمو الحركي غير العادية التي يتسم بها الأطفال التوحديون ، فلهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف ، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية

كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم ، كما أن أزرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك زراعيه إلى جانبيه ، وفى معظم الأحيان فإن الأطفال التوحديين يكررون حركات معينة مرات ومرات ، فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر ، وفى بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر ، وتلك السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ .

ويشير (برنارد ريملاند ، ستيفن إديلسون ، 2006) : إلى أن أنماط لعب الأطفال التوحديين تكون تكرارية ونمطية فهم قد يقومون بجمع أشياء معينة غالباً ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم ويحرصون على وضعها بنظام محدد لا يتغير ، كذلك من أهم الأمور التي تميزهم التعلق بأشياء غير عادية والانجذاب إليها والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة ومقاومة أو تغيير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة ، حتى وإن كان تغيراً بسيطاً ، والإصرار على التمسك بنظام صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة مثل السير على رؤوس أصابع القدم والاهتزاز .

وغالباً ما يختار الأطفال التوحديون اختيارات تتسم بالغرابة وبالنسبة لألعابهم ربما يتجاهلون الألعاب ويلعبون بأشياء غير عادية وغير متوقعة مثل (الأوراق ، أغطية الزجاجات ، العصي) ، وربما يستخدمونها فى لفها وتدويرها بدلاً من أن يستخدموها في اللعب التخيلي وحتى إن استخدام الطفل التوحدى لعبة مألوفة كالعربة فإنه يستخدمها بشكل غريب كأن يلف مثلاً عجلات العربة بدلاً من أن يمررها على الأرض أو أنه يحمل قطع البازل في جيبه بدلاً من أن يضعها في اللوحة ، وبعض الأطفال التوحديين يرتبطون بالأشياء بشكل مبالغ فيه يحملونها معهم طوال الوقت وربما ينامون بها ويرفضون التخلي عنها حتى وقت الطعام ، وتتضمن أنماط اللعب الغريب لدى الأطفال التوحديين سلوكيات نمطية مثل رفرفة اليدين ، واللف ، الاهتزاز للأمام والخلف. (Hart,1993,21).

الخصائص الفسيولوجية :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ، 2012) : إلى أن الطفل التوحدى يولد عادة طبيعياً ويبدو بصحة جيدة ولكن هناك عدد من السمات الجسمية التي تبدأ في الظهور بعد الميلاد ، من بينها تضخم الرأس ، والتي هي أحد العلامات الشائعة بين أطفال التوحد ، وتظهر معدلات نمو الرأس غير الطبيعيةفي الطفولة المبكرة والمتوسطة لدى حوالي 37% من أطفال التوحد ،

فقد تمت دراسة محيط الرأس عند الميلاد ، وفي الطفولة المبكرة لعينة من الأطفال التوحديين وأظهرت نتائج الدراسة أن 14% من عينة البحث كانوا يعانون من تضخم بالرأس ، وتبين تأثير الجنس في مدى الإصابة من خلال إصابة 11% من الذكور 24% من الإناث ، وفى الغالب لم يكن تضخم الرأس موجوداً في العينة عند الميلاد وقد ظهر ذلك التضخم عند البعض في الطفولة المبكرة والمتوسطة نتيجة لارتفاع معدلات إفراز هرمون النمو، وقد لوحظت علاقة بين الرقم المثينى المحيط بالرأس وسمات التوحد ، ولم يرتبط تضخم الرأس بالذكاء غير اللفظي أو اللفظي واضطراب الصرع والعلامات العصبية البسيطة ، أو الشذوذ العضوي البسيط لدى المبحوثين المتوحديين .

ولقد كشفت نتائج العديد من الدراسات التي أجرت الاختبارات على بعض أطفال التوحد ، فقد تبين من الاختبارات التي أجريت على أنسجة36 طفلاً مصابون بالتوحد أنهم مصابون في أنسجة المريء ، وذلك في 25 طفلاً توحدياً بنسب 4 ، 69 % ، والتهاب حاد ومزمن في المعدة في 15 طفلاً توحدياً ويعانى 24 طفلاً توحدياً من التهاب حاد ومزمن في الإثنى عشر ،

وان عدد من الخلايا المرضية في تجويف الإثنى عشر ازدادت بصورة معنوية في حالة أطفال التوحد مقارنة بأطفال العينة الضابطة من غير المصابين في حين كان معدل نشاط إنزيمات هضم الكربوهيدرات في الأمعاء الدقيقة منخفضاً بنسبة 58، 3 % في 21 طفل توحدى ولم يكن هناك اختلاف في وظائف البنكرياس وعانى 27 طفلاً توحدياً من زيادة إفراز العصارة الصفراوية .وقد أكدت العديد من الدراسات الفسيولوجية تكون العقد الليمفاوية بالأمعاء الدقيقة بين أطفال التوحد مقارنة بالعينة الضابطة ، ولوحظ زيادة في تكوين العقد الليمفاوية بالقولون في أطفال التوحد بنسبة 59% في مقابل 23% من العينة الضابطة مما يؤكد تكون العقد الليمفاوية بالأمعاء الدقيقة والقولون لدى أطفال التوحد .

(AnthonySigel& Ashwood,Limp,2005:p,2- 8).

المهارات الاستقلالية والحياتية :

يشير (ماجد عمارة ، 2005) : إلى أن الطفل التوحدى لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون من همفي نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ، ففي سن (5) أو (10) سنوات من عمه

قد لا يستطيع الطفل التوحدى أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل ، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها ، وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي يتعرض لها ، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق .

ومن أنماط السلوك التي يتصف بها الطفل التوحدى هو التأخر في نمو السلوك التوافقي ، فالطفل التوحدى الذي يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع الطفل العادي الذي يبلغ من العمر عاماً واحداً ، ولذلك يفتقد الطفل التوحدى إلى مهارات العناية بالذات حيث يحتاج إلى من يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه كما يقوم بوضع الألعاب الخاصة به في فمه مثل الطفل الرضيع أو يضرب عليها بأصابعه بشكل مستمر ، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر (Goodman,R&Soott, 1997, p42)

وقد يتأخر بعض الأطفال التوحديين في اكتساب مهارات الرعاية الذاتية وذلك لأن غالبيتهم لا يفضلون التغيير ويرفضون محاولات تغيير الروتين مثل تناول الطعام أو ارتداء الملابس ، فالطفل الذي يعتاد على تناول نوعية معينة من الطعام يرفض أطعمة أخرى ومع ذلك فإن الأطفال التوحديين يستطيعون تعلم كيفية الاهتمام بأنفسهم من خلال برامج تعديل السلوك (Bhrll,M.,2001,p.31-32).

الخصائص اللغوية Linguistic Characteristics

يشير (لويس كامل مليكه ،1998) : إلى أن الأطفال التوحديون يعانون من انحرافات ارتقائية خاصة على المستوى الارتقائي اللغوي والإجتماعى والحركي وفى عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع .

وان تطور اللغة يمثل عاملاً حاسماً وهاماً جداً بالنسبة للتطورات المحتملة من اضطرابات الأطفال التوحديين حيث أنه إذا لم يكن هناك أي حصيلة لغوية لدى الطفل التوحدى يكون قد اكتسبها من البيئة المحيطة به حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره فإن نمو قدراته وتطورها في المستقبل سوف يكون محدداً.(محمد على كامل ، 1998).

يشير (Colman,1996,p.919) : إلى أنه من أهم الخصائص البارزة التي يتميز بها الأطفال التوحديون هو العجز في تنمية اللغة أو الاتصال بالطريقة العادية مع الآخرين ، وقد يتبع ذلك أنواع عديدة من الشذوذ فى مجال اللغة والتواصل ، حيث يوصف عدد كبير من هؤلاء الأطفال بأنهم مصابون بالخرس التام ،والبعض الآخر لا تنمو لديهم لغة مفهومة تساعدهم على التواصل مع الآخرين .

وتشير (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2011) : إلى أن تأخر نمو اللغة والقدرة على التخاطب لدى الأطفال المصابين بالتوحد يرجع إلى ضعف الإدراك والانتباه لديهم ، والنقص الشديد لديهم في القدرة على التقليد ومتابعة الآخرين ومحاكاتهم فالانتباه يساعد على اكتساب اللغة والتواصل مع الآخرين ومتابعتهم بالنظر والإصغاء إلى ما يقولون ويفعلون مما يؤدى إلى نمو القدرة على التعلم والتخاطب واكتساب اللغة ،لكن هؤلاء الأطفال يفتقدون إلى ذلك ومن ثم لا يستطيعون تكوين حصيلة كلمات لها معنى أو عبارات لها مفهوم واضح ، فيبطئ التطور اللغوي لديهم كثيراً عن الأطفال الآخرين ، ويعانون من ضعف شديد في التعبير عما يريدون

ويلاحظ أنهم يستخدمون كلمات غريبة خالية من المعنى ويرددونها كثيراً ، ومعظم كلماتهم ترددية لما يقوله الآخرون وليس رداً عليهم ، وليستخدمون الضمائر (أنا – أنت -هو ....الخ) بل كلمات متقطعة وتشير الإحصائيات إلى أن حوالي 40% من الأطفال المصابين باضطراب التوحد ليست لديهم لغة التخاطبولا يستطيعون الحديث وان منهم من يصدر همهمات غير مفهومة .

وتشير (سوسن شاكر الحلبي ، 2005) : إلى أنه من أهم مظاهر اضطراب اللغة عند الأطفال التوحديين (المصاداة :Echololia) حيث يردد الطفل ما قد سمعة تواً وفى نفس اللحظة وكأنه صدى والخلط بين الضمائر ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء ، وعد القدرة على استعمال المصطلحات المجردة ، والخلط في ترتيب الكلمات وصعوبة في فهم بعض التعليمات اللفظية ، ويكون للطفل نطق خاص اسماه (كانر) اللغة المجازية (Metaphorical language) ، ويكون الكلام على وتيرة واحدة ،

أما التواصل الغير لفظي كتعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة ، وإذا وجدت فتكون غير مناسبة اجتماعياً وق يقتصر كلام الطفل على استخدام بعض الكلمات ولا يستخدم كلمة أو جملة صحيحة في مكانها المناسب ، كما يعانى من عجز في الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة ، ومع هذا القصور اللغوي فإنه يبدو أن لبعض هؤلاء الأطفال ذاكرة قوية .

كما يعانى الطفل التوحدى من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع (مثلاً أن يكون نبرة الصوت على وتيرة واحدة مثل الآلة) وترديد الكلام دون أن يفهم وربما يكون في بعض المواقف ويردد كلمات أو جملاً قيلت أمامه ، فيتخيل الآخرون أنه على فهم ودراية بما يقول وهو عكس ذلك ، وأيضاً لا ينتبه إلى الصوت الإنساني رغم أن لديه حاسة سمع طبيعية ، وقد يكون على دراية بالأصوات التي تعير اهتمامه فمثلاً ينتبه لصوت ورقة بسكويت يتم فتحها أو صوت علبة شيكولاته ، وأيضاً يكون الفهم عنده ضعيفاً أو منعدماً ويبدى اهتماما قليلاً في التواصل مع الآخرين إلا في حالة أنه يريد شيئاً ما فيحاول أن يجد طريقة مبسطة لسد احتياجاته التي يريدها وتوجد عنده محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل باستخدام العين أو الإيماءات أو عن طريق الإشارات

وهذه المعلومات القليلة يفعلها الطفل التوحدى لتلبية احتياج خاص به ، وتنمو لديه خاصية تسمى بالترديد المرضى لكل ما يقال أو جزء منه ، ويجد صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام ، وعنده مشكلة في حروف الجر مثل في ، على .....الخ ويستطيع فهمها من خلال التدريب في نطاق البيئة الضيق ومهارات الإيصال الداخلي تبدو ضعيفة ، وهى تعنى أن الطفل التوحدىلا يستطيع المشاركة في الحوار مع الآخرين ، ويعانى من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع (مثل نبرة الصوت تكون مثلاً على وتيرة واحدة مثل الآلة ، ويفشل في تكوين جملة كاملة للتعبيرعن الأشياء المحيطة به ، ويستخدم طرق وأساليب (اللغة الوسيلية) وليست (التعبيرية) ، قد لا يتكلم البعض مع الأطفال التوحديين .

.(Aarons,M., Gittens,T., 1992,59-62)

ويذكر كلا من (جوردن ، بيول ، 2007) :إلى أنه يوجد بين الأطفال المصابين بالتوحد نقصاً واضحاً في اللغة والاتصال اللفظي وغير اللفظي ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لديهم :

فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها والإيماءات التعبيرية ولغة الجسم وموضع الجسم ، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة ، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ والجوانب العملية للمعنى .

ويشير (وليام كرين ، 2002) : إلى أن الطفل التوحدى يبدو وكأن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي ، فإذا مر شخص قريب منه وضحك أو عطس إمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم يمر أو يسمع أو أنه أصابه الصمم أو كف البصر ، عندما تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية ، ويمكن أن نلاحظ بالإضافة إلى ذلك نقص الاستجابة للمثيرات الحسية وقد تكون متناقضة كأن يخفى عينيه عند سماع صوت مرتفع .

ويشير (محمد فتيحة ، 2001) : إلى أهم الخصائص اللغوية التي تظهر عند الأطفال الناطقين المصابين بالتوحد :

استخدام اللغة Pragmatic

صعوبة في البدء في المحادثة أو الاستمرار فيها .

محادثة قصيرة جداً .

استخدام مدى محدد من وسائل الاتصال حيث يركز على وظائف لغوية محددة مثل الاحتجاج

صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوى فعلى سبيل المثال استخدام كلمةفي غير موضعها كاستخدام كلمة مرحباً عند الانصراف .

التحدث في موضوعات خارجة عن السياق .

إعادة كلام التحدث أو ترديد الكلام .

جمل روتينية حيث يتبع الطفل روتيناً معيناً في كلامه عادة .

صعوبة في تغير أسلوب الحديث مع تغير الأشخاص فعلى سبيل المثال عندما يتحدث مع والده أو مع مدرسه يجد صعوبة في تغيير أسلوب حديثه .

استخدام الأسئلة بكثرة .

ثانياً : المفردات Semantics

عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة .

الإجابة على الأسئلة بطريقة غير مناسبة .

ضعف في العلاقة التي تربط بين المعاني (العلاقة بين الكلمة والكلمة – العلاقة بين الصوت والصوت) .

ثالثاً : النحو / الصرف Syntax/ Morphology

صعوبة في التصريف خصوصاً في استخدام الضمائر والأفعال .

جمل سطحية وبدون معنى وأقل تعقيداً بالمقارنة بأقرانهم العاديين .

التركيز على ترتيب معين للجملة .

رابعاً : التطور الصوتي Phonology

الإبدال في نفس الصوت بأخطاء لفظية .

الترتيب التطوري في اكتساب الأصوات يشبه الأطفال الطبيعيين .

التطور الصوتي عادة ما يكون الجزء الأقل تأثراً في اللغة .

خامساً : الاستيعاب Comprehension

تأخر الاستيعاب بشكل عام خصوصاً في الحديث المتصل مثل المحادثة .

الفصل الثاني
الدراسات والبحوث السابقة

مقدمة

سوف أقوم في هذا الجزء من الكتاب بعرض لأهم الدراسات التي تناولت البرامج التدريبية السلوكية لتعديل سلوكيات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من فئة التوحديين والذين يعانون من اضطرابات التوحد ، والذين هم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج تدريبية سلوكية علاجية ، وذلك للتخفيفمن اضطراباتهم النفسية والسلوكية والتي تتمثل في سوء توافقهم مع اقرأنهممن الأسوياء في المجتمع .

وقد قمت بتصنيف الدراسات السابقة إلى عدة محاور بناءً على المتغيرات :

المحور الأول :

دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً .

المحور الثاني :

دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين .

المحور الثالث :

دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين .

المحور الرابع :

دراسات تناولت علاج اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين.

دراسات تناولت استخدام العلاج باللعب في تخفيف اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين وتنمية اللغة والتواصل بينهم .

المحور الأول :

دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً :

دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (1992): بعنوان" فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدي فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" ،

وتكونت العينة من (24) طفلا وتتراوح نسب ذكائهم بين (50- 70) وقسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (اختبار ستانفورد بينية لقياس الذكاء – قائمة الصحة العالمية المقننة – مقياس السلوك التوافقي إعداد/ صفوت فرج وناهد رمزي، 1958م – برنامج تعديل السلوك إعداد الباحثة) وقد استخدم البرنامج فنيات المنحي السلوكي والنمذجة لتعديل بعض أشكال السلوك التوافقي والاستقلالي، وأسفرت نتائج الدراسة عن: (لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات المجموعة التجريبية بعد المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ونفسها قبل التطبيق وبعده

وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل التطبيق ومتوسطات درجاتهم بعد التطبيق وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم – وأنهلا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد المتابعة وذلكعلى مقياس السلوك التوافقي المستخدم).

دراسة أموال عبد الكريم (١٩٩٤): بعنوان" فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً" وهدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكراً، ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٦ – ٩) سنوات من المعاقين عقلياً بمركز رعاية وتأهيل المعاقين في إمارة أبو ظبي مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة،

واستخدمت اختبار رسم الرجل، ومقياس المتاهات، ومقياس السلوك التكيفي، إلى جانب استمارة ملاحظة السلوك، والبرنامج التدريبي، وأكدت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في إكساب أفراد العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب، وحدوث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها.

دراسة جومبل (Gumpel, (1994 : بعنوان" فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدي المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم :" . واستهدفت الدراسة تطوير نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لأفراد متخلفين عقلياً قابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدي المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من (34) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم بين (6-18) سنة واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية باستخدام فنيات النمذجة والتدعيم باستخدام الحلوى إلى جانب التدعيم الاجتماعي،

وأسفرت النتائج عن أن التدريبات السلوكية مع المتخلفين عقلياً أظهرت نتائج إيجابية في البداية واستمرارية التفاعل مع الأقران، وأن المجموعة التي استخدمت فنيتي النمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة أفضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك التدريب على حل المشكلات للأفراد المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

دراسة سهير شاش (2001): بعنوان" فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ". وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات وأثرها في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ومن بعض هذه المهارات مهارة التواصل، العلاقات الاجتماعية مهارات احترام المعايير الاجتماعية وذلك في نظام دمج للأطفال المتخلفين مع الأطفال الأسوياء في المدارس العادية، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (80 طفلاً) ومنهم (50 طفلاً) متخلف عقلياً، و (30) طفلاً من العاديين كعينة استطلاعية، وقد استخدمت النمذجة في تصميم البرنامج، واستغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين، وقد أثبتت النتائج فعالية البرنامج المعد في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في مجموعة الدمج

وانتكاسة في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج، وذلك في المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها، وقد يرجع ذلك إلى أن مجموعة الدمج مع الأطفال العاديين قد استفادوا من فعاليات أنشطة البرنامج واستطاعوا توظيف وتعميم المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها واكتسابها في حياتهم اليومية.

دراسة العربي محمد زايد (2003): بعنوان" فاعلية التدريبعلى استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم باستخدام جداول النشاط المصور وأثرها في خفض السلوك الإنسحابي، فقد سعى الباحث إلى إعداد برنامج يوفر الحد الأدنى من إعدادهم للحياة وذلك من خلال تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على أنشطة واقعية وعملية ذلك لتحقيق نوعاً من الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي، وقد شمل البرنامج جداول النشاط المصورة، هذا وقد ضم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عدة أبعاد هي: التعاون والمشاركة، التفاعل الاجتماعي – مهارة تكوين الأصدقاء – إتباع القواعد والتعليمات – التعبير الانفعالي – مهارة حل المشكلات والمهارات الاجتماعية المدرسية،

وتألفت عينة الدراسة من (10) أطفال معاقين عقلياً (5) مجموعة تجريبية (5) مجموعة ضابطة ممن تتراوح أعمارهم (9-12) عام وقد استغرق التدريب ستة أشهر، وأسفرت نتائج الدراسة: عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية والمتماثلة في أبعاد البرنامج الذي حددته الدراسة والذي من شأنه أن يحقق قدراً معقولاً من التوافق مع الآخرينفي البيئة المحيطة وبالتالي قل السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال واستمرار التحسن بعد فترة المتابعة التي استمرت شهرين.

دراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (2004): بعنوان" فعالية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "، وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة وذلك من خلال التدريب على البرنامج السلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة ومتجانستين من حيث العمر والجنس ودرجات الذكاء ودرجات المهارات الاجتماعية وتتكون كل مجموعة من (8) أطفال،

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة التجريبية" قبل وبعد البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة الضابطة" على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

دراسة ميادة محمد علي أكبر (2006): بعنوان" فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض داون ". وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي،

وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" وذلك من خلال برنامج تدريبي، وتكونت عينة الدراسة من (32) طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون"، وتراوحت أعمارهم ما بين (6-12) عاماً، ونسب ذكائهم ما بين (50-70) درجة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعي التجانس بينهما في كل من السن، والذكاء، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي والجنس، واستخدمت الباحثة مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، ومقياس مهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، وبرنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم. إلى جانب مقياس الذكاء، ومقياس لتقدير المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، واستمارة جمع البيانات الأولية، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الإرشادي على متغيرات الدراسة مهارات اجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

دراسة ريمين جوتن Remin gton, (2007) : بعنوان"فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ". وهدفت الدراسة إلي الكشف عن فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية (الاستقلال - التعامل بالنقود) لتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على مجموعة تجريبية قوامها (23) طفلاً من أطفال ما قبل المدرسة من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتم التدريب على بعض المهارات الاجتماعية(الاستقلال - التعامل بالنقود) وذلك على مدى عام دراسي، وقد أشارت نتائج الدراسة إلي أن هناك فروقاً دالة إحصائية في المهارات اللغوية ومهارات الحياة اليومية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة سيفرز Seevers, (2008) : بعنوان " فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على (8) أطفال من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ولديهم قصور واضح في المهارات الاجتماعية

وتم تدريب عينة الدراسة على بعض المهارات الاجتماعية وذلك من خلال برنامج تدريبي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار وتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

المحور الثاني :

دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين :

دراسة لمياء عبد الحميد بيومي (2008)

بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين " .

هدف الدراسة : تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين . وقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين وتزويد المسؤولية عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج يسهم في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين .

عينة الدراسة : تكونت من (12) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية بين (9 – 12) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (6) أطفال منهم (3 ذكور -3 إناث) والأخرى تجريبية (6) أطفال منهم (3 ذكور – 3 إناث).

نتائج الدراسة : ظهرت في وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التدريبية .

دراسة فايزة إبراهيم الجيزاوي (2008)

بعنوان " فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين" .

هدف الدراسة : يكمن في تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد مفهومها وأسبابها وتشخيصها والأساليب العلاجية .

الكشف عن مدى فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديون .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديون عددهم (10) أطفال وأعمارهم تتراوح بين (4-7) سنوات ، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية أولى وعددهم (5) أطفال وطبق عليهم البرنامج السلوكي ، ومجموعة تجريبية ثانية وعددهم (5) أطفال وطبق عليهم برنامج النشاط المصور .

نتائج الدراسة : أشارت النتائج إلى :

فعالية البرنامج السلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .

فعالية برنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .

فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد القياس البعدى لدى أفراد العينة التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية من النشاط المصور .

استمرار فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد انتهاء فترة المتابعة لدى أفراد العينة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .

دراسة مجدي فتحي غزال (2007)

بعنوان " فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان" .

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية ، كل منهما من (10) أطفال من الذكور يعانون من اضطراب التوحد وتتراوح أعمارهم بين (5-9) سنوات .

نتائج الدراسة : تلخصت نتائج الدراسة في :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (5 0 ،0) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدى لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (5 0، 0) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

دراسة رضا عبد الستار رجب كشك (2007)

بعنوان " فعالية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين ".

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على برنامج التواصل باستبدال الصور في تنمية مهارات التواصل الوظيفي (الطلب – الاختيار – الاعتراض – التعليق – الانتباه المشترك – التقليد) لدى الأطفال التوحديين وتقديم برنامج تدريبي لعينة من الأطفال التوحديين لتنمية مهارات التواصل الوظيفي .

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال توحديين وأمهاتهم (6 ذكور – 2 إناث) ، وتتراوح أعمارهم مابين (9 -12) سنة تم تقسيمهمإلى مجموعتين إحداهما تجريبية (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) ، والأخرى ضابطة (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) ، مع مراعاة التجانس بين المجموعتين .

نتائج الدراسة :- تكمن في تنمية مهارات التواصل الوظيفي التي تعتمد على المثيرات البصرية وجوانب القوة لدى أطفال التوحد .

دراسة هنري سيلفر : Silver ,Henry ,E.T (2006)

بعنوان " الخطأ والثواب في التدريب الانفعالي القصير يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند المصابين بالاضطراب التوحدى - دراسة تمهيدية-"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تأثير التدريب على الانفعالاتوعلى التعرف على انفعالات الوجه ، ثم توضيح الخلل في التواصل الانفعالي قد يكون عامل هام في ضعف الأداء عند الأطفال التوحديين .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (23) طفلا وطفلة في سن مابين(5-8) سنوات وخضعت أفراد العينة لثلاث جلسات تدريبية في الأسبوع باستخدام برنامج التدريب على الانفعالات بالكمبيوتر .

نتائج الدراسة : قد توصلت الدراسة إلى أن البرنامج يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند الأطفال المصابين بالتوحد .

دراسة : سوينى Swaine (2004)

بعنوان " تعليم مهارات اللغة للأطفال ذوى اضطراب التوحد عن طريق استخدام القصص الاجتماعية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تحسين المهارات اللفظية العملية لأثنين من أطفال التوحد ذوى الأداء المرتفع في مرحلة المدرسة ، وهل يستطيع هؤلاء الأطفال الاحتفاظ بالتأثيرات العلاجية التي تم تحقيقها .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من اثنين من الأطفال الذكور ذو اضطراب التوحد المرتفع في سن المدرسة ، وأحد عشر طفلا من أقرانهم من نفس السن والجنس من ذوى النمو العادي .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تنمية مهارات المبادأة ، ومهارات الطلب ومهارات التعليق ، وقد تم ملاحظة ذلك أثناء التفاعلات الثنائية بين الأطفال التوحديين ، وأقرانهم ذوى النمو العادي .

دراسة توبين ، ك Towbin,K, (2003)

بعنوان "إستراتيجيات من أجل العلاج الدوائي للتوحدى ، وزملة الأسبيرجير "

نتائج الدراسة : توصلت نتائج الدراسة إلى أنه كلما اكتشفنا معرفة أكثر بالناقلات العصبية التي تسهل عملية السلوكيات المتكررة ، ونظم المكافأة والإدراك والإجتماعى كلما توفرت أسباب تدعونا للاعتقاد بأن معالجتنا سوف تصبح أكثر حنكة وحرفية .

دراسة تونج ، وبيرتون ، وآخرون Tong & Breton,et al (2004)

بعنوان " قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى ، وتقييمه ومتابعته .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (120) طفلا وطفلة من الأطفال التوحديون وعينة ضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً .

نتائج الدراسة : توصلت إلى أن الأطفال التوحديون لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات الاجتماعية ، والانفعالية ، والسلوكية .

دراسة رومانو Romano (2002)

بعنوان " هل القصص الاجتماعية فعالة في تعديل السلوك لدى الأطفال ذو اضطراب التوحد" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى فحص تأثيرات تدخل القصة الاجتماعية على ثلاث سلوكيات مستهدفة هي التواصل غير الملائم ، والعدوان ، والمشاركة الاجتماعية غير الملائمة لدى مجموعة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال من ذوى اضطراب التوحد ، تتراوح أعمارهم مابين (4- 8) سنوات .

نتائج الدراسة : أوضحت فعالية استخدام القصص الاجتماعية في خفض السلوكيات المضطربة (التواصل غير الملائم – العداوات – المشاركة الاجتماعية غير الملائمة) وذلك لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد .

دراسة محمد شوقي عبد المنعم (2004)

بعنوان " فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) ، بالإضافة إلى تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد من حيث مفهومه وأسبابه وتشخيصه .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديون وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (تكونت من 5 أطفال) والأخرى ضابطة (تكونت من 5 أطفال) .

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي تضمنها البرنامج وهى مهارة الإسماع – التعرف – التحدث .

دراسة هالة فؤاد كمال الدين (2001)

بعنوان " تصميم برنامج لتنمية السلوك والإجتماعى للأطفال المصابين بأعراض التوحد .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج عربي لإكساب مهارات السلوك والإجتماعى للأطفال التوحديون .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (16) طفلا مصابا بأعراض التوحد تتراوح أعمارهم مابين (3-7) سنوات .

نتائج الدراسة : توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين درجات المجموعات التجريبية في القياس القبلي ، ودرجاتها في القياس البعدى لصالح القياس البعدى في الجوانب التالية :-

انخفاض مستوى الأداء المميز للطفل التوحدى على قائمة السلوك التوحدى.

ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة ، وذات المقاطع المتعددة في استمارة السلوك اللفظي.

انخفاض مستوى اضطراب التوحد الاجتماعي ، لارتفاع مستوى التفاعل واللعب المستقل البناء في استمارة التفاعل .

انخفاض مستوى الخصائص المميزة للطفل التوحدى لدى المجموعة التجريبية بحيث أصبحت تنتمي إلى فئة الأطفال شبيهة التوحد ، وإنما استمرت المجموعة الضابطة في انتمائهم إلى فئة الأطفال التوحديون .

ارتفاع معدل التفاعل واللعب البناء المستقل في استمارة التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية .

دراسة سها أحمد أمين (2001)

بعنوان " مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديون ".

هدف الدراسة : البرنامج العلاجي مخطط يستند على مبادئ وفنيات علاجية متعددة ، يتضمن مجموعة من الأنشطة والألعاب والممارسات اليومية ، وذلك من أجل تقديم خدمات علاجية للطفل التوحدى ، بهدف تنمية مهارات الاتصال اللغوي ، وهو برنامج يرتكز على العلاج السلوكي ، والعلاج بالموسيقى ، والعلاج بالفن ، والعلاج باللعب .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (30) طفلا كعينة استطلاعية(10) أطفال كعينة تجريبية(8 ذكور، 2 إناث) ، تتراوح أعمارهم مابين (8-12) سنة درجة الذكاء من(50-70).

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج تحسنا في درجة الاتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ، واحتلت مهارة التقليد ، والتعرف والفهم والانتباه المراكز الأولى في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة .

دراسة روفمان وآخرون Rufiman et al (2001)

بعنوان " الفهم الاجتماعي لدى التوحديون : نظرة العين كمقياس للإدراكات الجوهرية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى فحص ما إذا كان المقياس السلوكي لنظرة العين أفضل في تمييز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن مجموعة الأطفال ذوى صعوبة التعلم المتوسطة ، وما إذا كان فهم الأطفال ذوى اضطراب التوحد يتوسط بصورة لفظية من الناحية الأولية .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (28) طفلاً من ذوى اضطراب التوحد 23 طفلا من ذوى صعوبة التعلم المتوسطة .

نتائج الدراسة : توصلت النتائج إلى أن نظرة العين أفضل من الأداء اللفظيفي تمييز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن الأطفال ذوى صعوبة التعلم المتوسطة فالأطفال ذوو التوحد لا ينظرون إلى الموقع الصحيح في توقع عودة شخصية القصة في المهام الاجتماعية ، ولكنهم ينظرون إلى الموقع الصحيح في المهمة غير الاجتماعية المحتملة .

كما أوضحت النتائج أنه داخل المجموعة التي تتضمن الأطفال من ذوى إضراب التوحد فإن الأطفال الذين ينظرون أقل إلى الموقع الصحيح يعانونمن خصائص التوحد الحادة ، كما أوضحت النتائج أنه بينما يرتبط الأداء اللفظي بالقدرة اللغوية العامة في مجموعة التوحد فإن نظرة العين لا ترتبط بهذه القدرة .

دراسة مورى ، س Mori,S(2001)

بعنوان " دور الخبرة بهدف ذاتي في علاج طفل توحدى : من الرقود على الأرض إلى التحليق في الفضاء ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تحقيق اندماج الطفل مع العالم الواقعي من خلال المعالجة باعتبارها أم حانية تستطيع أن تخرجه رويدًا رويداً من عزلته .

عينة الدراسة : تمثلت عينة الدراسة في طفل ياباني يسمى (Moto) عمرهفي بداية العلاج أربع سنوات ، وامتدت الدراسة إلى سبع سنوات .

نتائج الدراسة : بعد مرور فترة العلاج ظهر التحسن التدريجي على الطفل حيث كان شغوفاَ بالذهاب إلى المدرسة ، وقلت سلوكياته النمطية وعدوانيته ، كما زاد تواصله مع الآخرين ، وخروجه من عزلته ، وتطورت حالته إلى الأفضل .

دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994)

بعنوان " خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيسية) على استخبار ايزنك لشخصية الأطفال ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على استخبار (ايزنك) لشخصية الأطفال ، خاصة في ضوء ما تعانيه العيادات المصرية من قصور واضح – من وجهة نظر الباحث – في أساليب تشخيص هذا الاضطراب فضلا عن أن مشكلة الأطفال المصابين بالتوحد ، أنهم قد يشخصوا على أنهم أطفال مصابون بالتخلف العقلي

فئ حين أن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية (1994) لا يصف التوحد تحت مسمى التخلف العقلي ، ولكن يصنفها تحت الاضطرابات السلوكية ، ومن ثم فهناك فروق واضحة بين التخلف العقلي واضطراب التوحد .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (1) مجموعة الأطفال المصابين بالتوحد ، عددهم (25) طفلاً ، متوسط أعمارهم مابين (2-6) سنة (2) مجموعة الأطفال الأسوياء ، عددهم (25) طفلاً ، متوسط أعمارهم مابين (2-6) سنة .

نتائج الدراسة : أوضحت الدراسة أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطيةمن الأطفال المصابين بالتوحد ، وكان الأطفال المصابين بالتوحد عصابين عند مقارنتهم بالأسوياء . وكان هذا معناه أن نعتبرهم أطفال شديدي الانطوائية نتيجة لاضطرابهم ، ومن ثم فإن النتائج تصف الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم أكثر انطوائية من أقرانهم الأسوياء كنتيجة لخصائص الاضطراب .

دراسة لوف ستيفن (Love,Steven,1994)

بعنوان " إدراك وإظهار التعبيرات الوجهية من جانب الأطفال التوحديون ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إظهار التعبيرات الوجهية لدى الأطفال المصابون بالتوحد .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من الأطفال الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (8-15) سنة ، وهم مجموعة من الأطفال التوحديون ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً ، ومجموعة من الأطفال العاديين . وتمثلت الأدوات في مجموعة من التسجيلات الصوتية والمرئية تتضمن عواطف : السعادة – الحزن – الغضب – التقديس ، وقد اشتملت التسجيلات السمعية على المحتويات اللفظية ، وكان طول المادة اللفظية في التسلل العاطفي محدود بين (4-10) كلمات.

نتائج الدراسة :أوضحت نتائج الدراسة صعوبة إظهار الأطفال التوحديون للتعبيرات العاطفية الوجهية ، أما العاديين فقد أنجزوا تلك المهمة بنجاح ، وكان لدى المتخلفين عقلياً صعوبة في إظهار التعبيرات الوجهية ، ولكن بدرجة أقل من الأطفال التوحديون.

دراسة حسنى إحسان حلواني (1996)

بعنوان " المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى اضطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التوصل لتشخيص فارق للأطفال التوحديون قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً والأسوياء من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وقوائم الملاحظة .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (27) طفلاً ، تتراوح أعمارهمما بين (6-15) سنة وأيضاً (27) طفلاً من المتخلفين عقلياً بمدينة جدة ، تراوحت أعمارهم ما بين (6-13) سنة ، وتضمنت (27) طفلاً من الأسوياء ، تتراوح أعمارهم بين (6-8) سنوات .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال التوحديون هم أكثر الأطفال في المجموعات الثلاثة انخفاضاً في مهاراتهم الاجتماعية ،بالإضافة إلى أن قدراتهم اللفظية تعد منخفضة.

دراسة ايلين ، شونزرتز : Schwartz, Ilene-s(1999)

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تقييم ثلاثة حالات أطفال توحديون تلقوا خدمات تعليمية خاصة في مدرسة حكومية تطبق نظام الدمج في برنامج الطفولة المبكرة خلال سنوات ما قبل المدرسة .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من الوثائق والسجلات كمصدر للبيانات لاختبار الوظائف لدى العينة الثلاثة (وظائف الإدراك- السلوك الاجتماعي) من عمر (4-7) سنوات .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن نتيجة إيجابية في الوظائف محل الدراسة ، كما حدث تقدم أكاديمي ، ودخل الثلاثة أطفال المدرسة الابتدائية وأستمر النجاح ، وخرج واحد منهم من التعليم الخاص ، وأشار الباحثون إلى أن هناك العديد من الطرق والوسائل التي تحقق نتائج إيجابية مع صغار الأطفال التوحديون .

دراسة سها عليوة (1999)

بعنوان "فعالية كل من برنامج إرشادي ، وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامجين إحداهما لتنمية المهارات الاجتماعية ، والثاني يعتمد على إرشاد وتوجيه أسر أطفال التوحديون ، وذلك لتخفيف أعراض اضطراب التوحد ومن هذه الأعراض القصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من(16) طفلاً وطفلةً ذو اضطراب توحدي منهم (11) من الذكور ، (5) من الإناث بمتوسط عمري ما بين (8-10) سنوات ومتوسط ذكاء ما بين (81-58) .

نتائج الدراسة : توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج الدراسة (المهارات الاجتماعية – الإرشاد الأسرى) في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد .

دراسة هــ ، فليوبرج: Fluberg,H (2001)

بعنوان " أثر لغة الأطفال التوحديون من الناحية النفسية على سلوكهم".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديون ، ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً من ذوى زملة داون ، وذلكفي مجموعة أبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية ".

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (6) أطفال توحديون ،(6) أطفال متخلفين عقلياً ، تتراوح أعمارهم ما بين (4-7) سنوات .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالةً إحصائية بين المجموعتين ، حيث كان الأطفال التوحديون يستخدمون كلمات أقل لجذب الانتباه ، والتعبير عن العمليات الإدراكية والانفعالية مما يجعلهم أكثر انسحابا من المواقف التي تتسم بالتفاعل الاجتماعي، وذلك بالمقارنة بأقرانهم من التخلفين عقلياً .

المحور الثالث:

دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين:

دراسة (Kanareff Rita Lain,2002)

بعنوان " برنامج علاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية والتقليل من الأعراض المتلازمة لدى الأطفال التوحديون" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر استخدام العلاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديون .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (4) أطفال من منطقة الغرب الأوسط لأمريكا وتم تقسيم المجموعات إلى قسمين (3) أطفال مستويات مختلفة من التوحد أما الطفل الرابع لديه مجموعة من أعراض متلازمة .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال التوحديون أظهروا تحسن في مهاراتهم الاجتماعية وتطور في علاقتهم بالمجتمع وذلك نتيجة لبرنامج العلاج بالفن الذي كان يتم من خلال مرتين في الأسبوع لهؤلاء الأطفال .

دراسة فهد بن سليمان الفهيد (2007)

بعنوان " دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقريفي مدينة الملك فهد الطبية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح الدور الذي يقوم به العلاج بالفن في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقري من خلال الرسم والتصوير والتشكيل المجسم والخيال الموجه والصور الذهنية والعلاج الترويحي الفني ، وكذلك عرض بعض إستراتيجيات العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقري وكذلك كشف المشكلات الانفعالية التي يعانى منها المصابون بأمراض العمود الفقري من خلال العينة وكيفية التعامل معها بالفن التشكيلي .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات من المصابين بالعمود الفقري تمت متابعتها بمستشفى التأهيل الطبي .

نتائج الدراسة : عرض الباحث من خلال النتائج الإستراتيجية التي تستخدم في وحدة العلاج بالفن ، وذكر عدد من التوصيات أهمها القيام بدراسة مماثلة موسعة من حيث عدد العينة لتكشف الإستراتيجيات المستعملة في مجال العلاج بالفن التشكيلي .

دراسة Karnerick Thelamz (1991)

بعنوان "برنامج علاجي بالفن لطفل توحدي" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تحسين مستوى الاتصال عند الطفل ومستوى القلق ، وزيادة إقباله على النشاطات والحياة الاجتماعية ، وتحسين مستوى تقديره لذاته ، وتحسين قدرته على التآزر الحركي البصري .

أدوات الدراسة : اشتملت أدوات الدراسة على البرنامج الذي اشتملعلى نشاطات الرسم بأقلام فلوماستر ، ألوان مائية على الورق ، وعمل دمى وعرائس وغيرها من الأعمال الفنية ، كما تم تشجيع الأم على المشاركة في البرنامج العلاج بعد تثقيفها لبعض التوجيهات الإرشادية في أساليب المعالجة .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة إلى أنه بعد ثلاثة أشهر من العلاج بالفن تناقصت حدة غضب الطفل وتوتره بوضوح ، حيث زودته العملية الفنية بوسائل لبناء علاقات مستقرة مع المعالجة ، وأيضاً تخلص من الخبط العشوائي لذراعيه ويديه ببعضهما ، وإقلاعه عن إحداث أصوات غريبة ، وتحسن اتصاله بمن حوله ، كما أثبتت برامج العلاج بالفن فعاليتها للطفل من خلال تنمية مهاراته في استخدام الأدوات الفنية ، وتمكينه من التعبير عن العلم الداخلي وبيئته المحيطة وعن أشياء لم يكن يستطيع التعبير عنها بالكلام .

دراسة (Hawie et al, 2002)

بعنوان " إطلاق الصور المحاصرة : الأطفال يُصرعون وقع هجمات 11 سبتمبر" هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى منح الأطفال الذين فقدوا أحد أفراد أسرتهم في أحداث الحادي عشر من سبتمبر ، بيئة مدعمة وفرصة ليعبروا عن هذا الحدث بالطرق الفنية .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من أطفال تراوحت أعمارهم ما بين سن الطفولة والمراهقة.

أدوات الدراسة : تولت هيئة الخدمات النفسية للأطفال والمراهقين مهمة تقديم الخدمات لهم ، وكانت مجموعة العلاج بالفن ذات نهايات مفتوحة وبدون تقديم موضوعات محددة .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على أن العلاج بالفن ساعد الأطفال والمعالجين على توفير بيئة آمنه يستطيعون فيها توضيح مخاوفهم واهتماماتهم وذلك عن طريق الأعمال الفنية التي قاموا بعملها أثناء عملية العلاج بالفن . فأظهر بعض الأطفال تخيل وتنفيذ أبطال منقذين ، والبعض الآخر وجه العزاء والسلوان بينما أظهر البعض منهم مخاوفهم ولم يستطيعوا إلى الذهاب إلى أبعد من ذلك .

دراسة فالنتينا وديع الصايغ (2001)

بعنوان "فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة من سن 9- 12 سنة".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال الصم ، والكشف عن مدى فاعلية برنامج من الأنشطة الفنية الفردية والجماعية لتخفيض حدة السلوك العدواني لدى الصم .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (40) طالب وطالبة من الأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 9- 12 سنة من مدرسة الأمل بالمطرية ، وفى مستوى ذكاء متوسط .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن أهمية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني للأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة .

دراسة عوض بن مبارك اليامى (2004)

بعنوان "الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح دور الفن في العلاج وتوضيح الأساليب الحديثة المختلفة التي ابتدعت في ميدان العلاج بالفن وأيضاً تأكيد الحاجة إلى العلاج بالفن في بيئاتنا المحلية وتوضيح عملي تجريبي لكيفية العلاج بالفن من خلال عرض لحالتين .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من حالتين قام بمتابعتهما في عيادته الخاصة .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على إن العلاج بالفن لا يقتصرعلى الأساليب الإسقاطية ، بل من الممكن الاستفادة من الأشكال البصرية حتى في منأى عن التحليلات السيكودينامية للرموز الفنية وتبعاً لذلك اقترنت النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي بالعلاج بالفن التشكيلي .

دراسة حنان حسن نشأت (1994)

بعنوان" أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكيةمن مرضى التخلف العقلي" .

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تعديل المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذو التخلف العقلي وذلك باستخدام الفن التشكيلي .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 25 طفلاً ذكور وإناث من مدارس النصر ، ومدرسة الرعاية الفكرية ، ومدرسة التربية الفكرية ، وتراوحت أعمارهم ما بين 6- 15 سنة ، ومستوى ذكاء ما بين 35- 70 درجة .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تعديل في السلوك وتوجيه العدوان إلى مواقف أخرى تسمح بظهوره ولكن بطريقة لا عدوانية .

دراسة سحر حلمي غانم (2004)

بعنوان "دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي" .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (20) تلميذاً وتلميذةً تتراوح أعمارهم ما بين 8- 10 سنوات ممن يعانون من المخاوف المرضية .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تصميم وتطبيق برنامج للعلاج بالفن لعلاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي من الجنسين (ذكوراً وإناثاً) ، وكذلك الكشف عن مدى استمرارية تأثير البرنامج خلال فترة متابعة مدتها 3 أشهر على الأقل من انتهاء البرنامج العلاجي .

نتائج الدراسة :أسفرت نتائج الدراسة عن تحقيق فروض الدراسة ، وتمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة .

دراسة (2001) Kozlowska Hanny

بعنوان " العلاج بالفن الجماعي مع الأطفال المصابين بالصدمة نتيجة للعنف وانفصال الوالدين".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى علاج (5) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وذلك باستخدام العلاج بالفن الجماعي كما كان هؤلاء الأطفال يعانون من مشاكل مرتبطة بالصدمة .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (5) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة ، تتراوح أعمارهم ما بين 4- 8 سنوات .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على أن استخدام العلاج بالفن قد سهل تعرض الأطفال لسبب الصدمة بأسلوب أقل مباشرة وسمح في التقليل من حدة القلق والأحاسيس الجسدية .

دراسة (Henley – David –R ,2002)

بعنوان " نعم في التذكر : تعبير اصطلاحي كمؤثر في مجموعة العلاج بالفن عند الأطفال التوحديون" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى استخدام التعبير الاصطلاحي في مجموعة العلاج بالفن لتحديد القضايا التي يمكن علاجها .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (7) أطفال في مستوى عمر(8) سنوات لديهم اضطراب توحد وزيادة في النشاط وتشتت في الانتباه .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في العلاقات الأسرية بين هؤلاء الأطفال وبين أسرهم .

دراسة (emery MelindaJ ,2004)

بعنوان " العلاج بالفن للأطفال التوحديين" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تنمية قدرات الأطفال التوحديينعلى التواصل من خلال مناقشة رسوماتهم .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من طفل واحد يبلغ (6) سنوات مصاب بمرض التوحد .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة إلى زيادة قدرات الطفل على التواصل من خلال تقدمه في الرسم الذي عبر من خلاله عن تقدم في أوضاع الثبات لديه.

دراسة (Marten – Necol, 2008)

بعنوان " تقييم الوحدات المرسومة التي أنتجها الأطفال التوحديون" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديون من خلال رسوماتهم .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (25) طفلاً من المصابين بالتوحد (15) طفلاً من المصابين باضطراب عصابي قاموا جميعاً برسم لوحات .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال التوحديون كانوا أكثر مشاركة وتخاطب بالعلاج بالفن عن نظرائهم الذين يعانون من اضطرابات عصابية مما يتناقض مع توصيفهم بالانعزالية ، فكان استخدام الرسم بناء ناجح ووسيلة ملموسة للدخول في علاقات تحمل في طياتها إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديون .

دراسة (Gabrrelis,Robinl,2003)

بعنوان " العلاج بالفن للأطفال التوحديون وعائلاتهم ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح دور العلاج بالفن في مساعدة الأطفال التوحديون على النمو والتطور ، واكتساب وتعميم المهارات الأساسية التي يحتاجونها لمرحلة ما قبل المدرسة وأهمها مهارة الرسم .

وينبثق هذا الدور من الطبيعة الحسية لأدوات التربية الفنية التي تجذب انتباه الأطفال التوحديون ، وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين ، وتقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة للفن في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحدي ، ثم استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف للأطفال التوحديون مع أقرانهم ، كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة والطفل التوحدي من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصول إلى أفضل صيغة للتعامل مع الطفل التوحدي .

المحور الرابع :

(أ) دراسات تناولت علاج اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين .

دراسة ليبست وآخرون (Lebist,et., al., 2003)

بعنوان " التعرف على طبيعة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى الأطفال التوحديين" .

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى معرفة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى عينة من الأطفال التوحديين تكونت من (9) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (5 – 8) سنوات والذين يظهرون بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة وقصور عام في الانتباه واللغة المنطوقة ، واستخدمت الدراسة مجموعة من حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية وتقدم الانتباه البكر لأطفال التوحد للأصوات ، وكذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعية بسيطة ، ونغمات سمعية معقدة ، فقد تم عرض مجموعة من الأصوات المتتالية والمتكررة بدءاً بالنغمات البسيطة فالمعقدة على عينة الدراسة ، حيث طلب منهم تمييز التغيرات الطارئة في الصوت ، ومحاولة تقليدها لفظياً ، وذلك بفهمهم للأوامر وتنفيذها ، إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحد في تمييز نغمات الصوت وما حدث لها من تغيير ، وقد أرجع الباحثون هذا العجز القصور في مهارة الانتباه والاستماع لديهم ، بالإضافة إلى عجزهم عن فهم الأمر .

دراسة أياد نايف نمر (2005)

بعنوان " فعالية استخدام مشروع(ماكتون) في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان".

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى قياس مدى فعالية استخدام مشروع (ماكتون) في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين (تجريبية وضابطة) وتألفت كل منهما من (10) أطفال يعانون من التوحد وتتراوح أعمارهم مابين (8 – 16) سنة وطبق عيهم مقياس الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدى كاختبار قبلي وبعدى .

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في مهارات الاتصال اللغوي لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق مشروع (ماكتون) في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) ، وبعده ، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية .

دراسة كارمالى وآخرون (Karmali,Et al ,2000) :

بعنوان " اختزال التردديةِ والنكسة المرضية بتدريس الحساسية الانفعالية للأطفال التوحديين".

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية أثر استخدام تدريس فعاليات الحساسية في تخفيض الترددية والنكسة المرضية الشفوية لأربعة أطفال توحديين وتم إجراء تجربتين إحداهما تجربة مرشدة تؤدى إلى الحاجة للحصول على بيانات أكثر عن المشاركين

بالإضافة إلى تحديد ما إذا كانت النتيجة مكررة وكان الغرض من كلى التجربتين هو اختبار تأثير تدريس عوامل الحساسية العارضة على إصدار نماذج الانحراف الترددية وإحلال الترددية بالكلام المفيد وتم توجيه تعميم السلوك الشفهي الملائم لفئة أخرى وفى التجربة الأولى شارك فيها طفل توحدي عمره أربع سنوات عبر عن ترددات عالية للنكسة المرضية ، وتكونت التجربة الثانية من ثلاثة أطفال توحديين عبروا عن ترديد الكلام بطريقة غير ملائمة للموقف وتم تسجيل سلوك الأطفال بواسطة المعلم ، وتراوحت المدة في كل جلسة تدريبية بين (10 – 20) دقيقة ، وتم وضع السلوك الشفهي الملائمفي الاعتبار وإهماله النكسة المرضية من خلال الدورات التدريبية أظهرت نتائج هذه الدراسة حدوث انخفاض في السلوك المرضى وزيادة الترددية الملائمة والسلوك الشفهي الملائم .

دراسة تالول وآخرون (Tallol.p et al., 1998)

بعنوان " العجز في تعليم اللغة وكيفية علاجه لدى الأطفال التوحديين" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة العجز في تعلم اللغة وكيفية علاجه لدى الأطفال التوحديين ، وأشار الباحث بأن المؤشرات الضرورية في الموجات الصوتية للحديث الخاصة بإيقاف أو استمرار المحادثة تقدم لنا معلومات هامة للتعرف على كيفية عمل وقفات مناسبة في إشارات الحديث المستمر وان معدلات الإدراك المؤقت هي السبب الرئيسي في عمل وقفات أو تقطيع في المحادثة مما ينتج عنه قصوراً واضحاً ومحدداً في تعليم اللغة كما أن العجز أو القصور في العمليات الصدغية يكون أكثر ارتباطاً بظهور فروق واضحةفي معدلات الصوت والمحادثة ، كما أشارت دراسات رسم الخلايا الأحادية الكهرو فسيولوجية للقشرة الحسية بالمخ بأنه يمكن تعديل الدوائر العصبية بعد إجراء تدريب على الإدراك المؤقت ، وتم دمج هذين الاتجاهين للبحث عما يمكن تعديله في القصور الرئيسي لتعليم اللغة عن طريق عمل تدريب تكيفي يهدفإلى خفض عتبات الإحساس المتكاملة الصدغية ، وفى نفس الوقت تم تطوير برنامج كمبيوتر لتوسع وتعزيز الوقفات الصوتية المتغيرة والمختصرة بسرعة في الحديث المتصل وذلك بإجراء تدريبات تخاطبيه ولغوية مكثفة لأطفال التوحد وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن كبير في عتبات الإحساس المتكاملة الصدغية، كما حدث تحسن في القدرة على استيعاب أو فهم اللغة والمحادثة عند الأطفال ذوى العجز الرئيسي في تعلم اللغة .

دراسة رامبيرج وآخرون Ramberg-c, Et al, 1996

بعنوان " اضطراب اللغة والوظائف النمطية لدى الأطفال التوحديين في سن المدرسة ".

هدف الدراسة :تهدف الدراسة إلى معرفة الفروق الجماعية في اللغة والوظائف النمطية لمجموعة من الأطفال التوحديين ومرضى اسبيرجر ومضطربي الانتباه والإدراك والكلام واللغة ، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى معرفة أهم الاختلافات في مجالات المفردات ، والفهم ، والنمطية في التفكير ، وهل يمكن فصل أطفال اسبيرجر عن التوحدية المرتفعة بناءً على المتغيرات السابقة ، وتكونت عينة الدراسة من (11) طفلاً توحدياً و (11) طفلاً اسبيرجر ،(11) طفلاً يعانومن قصور في الانتباه والإدراك والسيطرة الحركية وتوصلت الدراسة إلى أن أطفال متلازمة اسبيرجر يظهرون تفوقاً في المقياس اللفظي للذكاء عن الأطفال ذوى التوحدية المرتفعة ، كما أشارت الدراسة إلى أنه يمكن فصل كلاً من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الكلام واللغة عن الذين يعانون من زملة اسبيرجر والتوحدية .

دراسة سوليفان ميخائيل Sulivan,Michelle,2002

بعنوان " التكرار اللاإرادي للكلام كوظيفة اتصالية في الأطفال التوحديين . تقييم ومعالجة ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى معالجة التكرار الآلي للكلام في الأطفال التوحديين وإحلاله بسلوك اتصالي ملائم ، وأشارت الدراسة إلى أن 75%من الأطفال التوحديين الشفويين يظهرون التكرار غير الملائم لكلام الآخرين ، وتمثل لهم مشكلة لأنها تعوق التعليم وتمنع جذب سلوك الآخرين ، وقد ركزت هذه الدراسة على ضرورة اختزال أو استبعاد الترددية في هؤلاء الأطفال من خلال طريقة علاجية تعتمد على استخدام إجراءات التحليل الوظيفي للسلوك الترددي وإحلاله بسلوك اتصالي ملائم يخدم نفس الوظيفة الاتصالية ، وتكونت عينة الدراسة من 5 أطفال توحديين مما يعانون من التكرار الآلي للكلام وأشارت الدراسة إلى:

أن هناك فروقاً فردية في طريقة كلام الأطفال التوحديين مما يدعوإلى الحاجة إلى التحليل الوظيفي لهذا السلوك كوسيلة للاتصال لكل طفل.

قد تعلم هؤلاء الأطفال أن يسألوا تلقائياً عندما يتحدث الآخرون أمامهم .

قد عممت بعض تحسينات اللغة لتفاعل الطفل مع الأب والبيئة والفصل الدراسي لكل المشاركين .

تم مناقشة استنتاجات أهمية الوظائف الاتصالية من وراء الترديد اللاإرادي لكلام الآخرين أو الايكوليايا .

دراسة جولتربيلى Goletree B,1995

بعنوان " المعالجة اللغوية المبتكرة للطفل التوحدي".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إجراء جلسات علاجية مبتكرة مصممة بطريقة علمية لتسهيل النمو اللغوي واكتساب مهارات لغوية وكانت عينة الدراسة مكونة من (5) أطفال توحديين يبلغون من العمر (5) أعوام .

وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى دلالة الألفاظ لدى الأطفال التوحديين وازدادت الإشارات والإيماءات مع نظرة بها حملقة وتجاوب بين الطرفين .

دراسة وليمسن Willemsen.s 1997

بعنوان " الاضطراب اللغوي الذي يظهر من خلال مواقف التفاعل في ضوء المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديين وذوى الإعاقات الارتقائية والأسوياء . دراسة حالة لأثنين من الأطفال التوحديين .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى مقارنة اللغة ومدى فاعليتها في التفاعل الذي يتم بين الأطفال والمحيطين بهم سواء كانوا أطفالاً توحديين أم لديهم إعاقات ارتقائية أو أسوياء ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين ذوى الإعاقات الارتقائية ومجموعة من الأسوياء والمرحلة العمرية واحدة ، وأشارت النتائج أن الأطفال التوحديين بالرغم من القصور اللغوي عندهم فهم يظهرون اللعب مع المدرسين والوالدين في بعض الأوقات . كذلك أن اللعب عندهم يفتقد إلى الروح الاجتماعية واستخدموا اللغة المنطوقة .

دراسة ماك ارثر Mc, Arthur,1996

بعنوان "ربط الانتباه في الأطفال غير اللفظيين : التوحدية واضطرابات اللغة الشفوية ".

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى وصف الانتباه الوصلى لمجموعةمن الأطفال التوحديين ومجموعة أخرى من الأطفال ذوى الخلل اللغوي ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين كانوا أقل اشتراكاً في الانتباهمع البالغين عن غيرهم من ذوى الخلل اللغوي التطوري ،

كما أكدت على أن الأطفال التوحديين أشرفوا على قناة الاتصال مع البالغين بنسبة 37% أقلمن الأطفال ذوى الخلل اللغوي التطوري ، كما أكدت الدراسة على ضرورة مراعاة مشكلة عدم الانتباه عند الأطفال التوحديين أثناء وضع البرنامج العلاجي وأيضاً مراعاة الإثارة والتشويق في التفاعل مع هؤلاء الأطفال ليفتح قناة اتصالية بينهم .

دراسة كارول بوتر Carol,Poter,1999

بعنوان " أسلوب الكلام القليل للأطفال التوحديين الذين يتكلمون قليلاًأو لا يتكلمون" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن طرق الاتصال التلقائي لبعض الأطفال التوحديين ومعرفة دور البيئة ومدى تأثيرها على طريقة كلام الطفل التوحدي ، وتكونت عينة الدراسة من (18) طفل توحدي تتراوح أعمارهم بين (4-12) سنة ، يعانون من توحدية شديدة مصحوبة بوجود كلام قليل أو معدومي الكلام ، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

وضع طريقة أو أسلوب جديد للتواصل مع الأطفال التوحديين ألا وهو تقليل نسبة الكلام الموجه لهؤلاء الأطفال .

أظهرت عينة الدراسة استجابات ملحوظة للتفاعل مع الآخرين من خلال تدريبهم بهذه الطريقة .

حقق أسلوب تقليل الكلام الموجه للأطفال التوحديين النتائج الآتية :

تسهيل نمو الأطفال التوحديين كمتجاوبين تلقائيين .

يساعدهم على فهم الكلمات المفردة باستعداد أكثر .

تسهيل اشتراك هؤلاء الأطفال داخل بيئتهم الاجتماعية .

دراسة لورانس وآخرون Lawrence D. Et al ,2001

بعنوان " خصائص الكلام وعلم العروض لدى المراهقين والبالغين ذوى أعراض اسبيرجر والأوتيزم" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى المقارنة بين بروفيلات الصوت والكلام لدى كلا من ذوى الأوتيزم وأعراض اسبيرجر وتكونت عينة الدراسة من 30 أنثى من المتحدثين ذوى الاختلال الوظيفي المرتفع الذين يعانون من الأوتيزم وأعراض اسبيرجر ، 53 من الإناث العاديين ، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن كلا المجموعتين لديهم بقايا اضطرابات وأخطاء في النطق وتعبيرات مشفرة غير ملائمة للعبارات والجمل والنبرة والرنين .

دراسة ستورات مارلين Stwart Marilyn,2002

بعنوان " معالجة اللغة التفاضلية في الأطفال التوحديين : استقصاء تاريخي" .

هدف الدراسة : تهدف هذه الدراسة إلى فحص الاختبارات التعبيرية واختبار المفردات على الطبعة الرابعة لمقياس(ستانفورد بينيه) لذكاء الأطفال وبينتأنه لتحديد ماذا كان الأطفال التوحديين يظهرون نموذج لتنمية اللغة والتي تتميز عن تلك اللغة التي وجدت في الأطفال مضطربي اللغة ، ثم تحليل البياناتالتي حصل عليها من 75 ملف لأطفال توحديين مضطربي اللغة وأظهرت الدراسة أن هؤلاء الأطفال كانوا مميزين عن الأطفال ذوى الاضطراب اللغوي التنموي والتخلف العقلي حيث تأثرت اللغة لديهم .

وبالتالي فإن الضعف اللغوي في الأطفال التوحديين له أسباب مرضية مختلفة وبالتالي فإن اضطراب اللغة لديهم تكون مختلفة . وقد توفر اختبار تميزي مقارنة بالاضطرابات اللغوية الأخرى

دراسة هادين وبارون كوهين Haduioon. Baron Cohen,1997

بعنوان " هل النظرية التدريسية الذهنية ذات تأثير على قدرة أو تحسين أو تنمية المحادثة لدى الأطفال الذين يعانون من االتوحدية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى : اختبار أثر التدريس للأطفال التوحديين في اختبار مهام تعتمد إلى تقييم الفهم للحالة الذهنية ذوى أثار ايجابيةعلى التواصل والبحث في مجالين مهمين وهما : القدرة على التحدث ، والقدرة على تطوير نطاق المحادثة واستخدام مصطلحات الحالة الذهنية في الكلام وتوصلت الدراسة إلى أنه لم يظهر تحسن ملحوظ في أي قياس خاص بناحية أثر التدريس على الحالة الذهنية بينما حدث تغيير في مهارات الاتصال الخاصة بمجال التحدث بعض الشيء بعد إتباع طرق متخصصة في التدريس لهؤلاء الأطفال .

(ب) دراسات تناولت استخدام العلاج باللعب في تخفيف اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين وتنمية اللغة والتواصل بينهم :

دراسة رفاه جمال لمفون (2010):

بعنوان "تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينه من ذوى اضطراب التوحد".

هدف الدراسة : تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لذوى اضطراب التوحد .

وتكونت عينة الدراسة من اثنين من ذوى اضطراب التوحد تمتد أعمارهم بين(13 – 14) سنة واستخدمت الباحثة في دراستها مقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل التوحدي من إعداد سها أمين نصر (2002) ، وقامت بإعداد برنامج مدته 12 أسبوع وتم تطبيقه في 36 جلسة ، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروقبين متوسط درجات القياس القبلي و البعدي للحالة (ع) في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية كما تقيسها قائمة تقدير التواصل اللغوي المستخدمة في الدراسة ترجع إلى البرنامج المستخدم ، وتوصلت الدراسة كذلك إلى أنه لا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي و البعدي للحالة (ع) على درجات المجموع الكلى في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية ،

ولا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للحالة (ص) في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية كما تقيسها قائمة تقدير التواصل اللغوي المستخدمة ، الدراسة ترجع إلى البرنامج المستخدم ولا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للحالة (ص) على درجات المجموع الكلى في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية .

دراسة وارين وآخرون Warreyn et al ,2005

بعنوان " تأثير التدخل المبكر من خلال اللعب مع أطفال التوحد وتنمية اللغة" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر التدخل المبكر عن طريق اللعب في سن من (3 - 6) سنوات لأمهات أطفال التوحد ، وتم مقارنة مجموعتين من حالات التوحد المتجانسة في العمر ومعدل الذكاء حيث بلغ أفراد العينة في كل من المجموعتين (20) طفلاً وتمت مقارنة أسلوب مشاركة الأم مع طفلها في اللعب ،

وبمقارنة النتائج أظهرت المجموعة الأولى والتي شاركت فيها الأم طفلها اللعب قدرة على التقليد والتفاعل الاجتماعي ، وهذه النتائج أكدتعلى الفرض المحدد والذي يؤكد على أن التدخل المبكر مع حالات التوحد يطور من مسار الحالة ويؤكد على فاعلية دور الأم .

دراسة ليف جاستن وآخرون Leaf,Justin et al. 2009

بعنوان" زيادة المهارات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لثلاثة أطفال مصابين بالاضطراب الذاتوي من خلال مشاركة جماعة الإقران" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تقديم برنامج يقوم على اللعب والتعزيز لتعليم ثلاثة أطفال ذاتويين لمهارات اللعب والمبادأة الإجتماعية والمهارات اللغوية والمهارات الانفعالية وتكوين الصداقات من خلال اشتراكهم مع أقرانهم العاديين وبلغت عينة الدراسة ثلاثة أطفال ذاتويين يتراوح عمرهم بين (5-7) سنوات ويتراوح معامل ذكائهم بين 55-83 بالإضافة إلى ثلاثة أطفال عاديين من فصول رياض الأطفال ، وأسفرت النتائج إلى أهمية مشاركة الأقران العاديين في تحقيق المبادأة باللعب مع الأطفال الصغار المصابين بالذاتوية ،

وتحسين المهارات اللفظية أثناء اللعب ، وتكوين الصداقات ، ولوحظ بشكل كبير تغيرات إيجابية لدى جماعة الرفاق مما يوضح فعاليتها لدى الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين .

دراسة شوى Choi,2000

بعنوان " التعرف على تأثير أنشطة اللعب في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين " ، وذلك عن طريق طفل عادى يشارك طفل توحدي في مجموعة من الألعاب وذلك اعتمادا على توجيهات مدرس الفصل ، وتكونت عينة الأطفال التوحديين من (5) أطفال تراوحت أعمارهم بين (4- 6) سنوات بينما تكونت عينة الأطفال العاديين المشاركين في اللعب من (11) طفلاً تراوحت أعمارهمبين (4-7) سنوات ، وقد أشارت أهم النتائج إلى التأثير الإيجابي للعب على تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين ، حيث أظهر هؤلاء الأطفال بعد تطبيق البرنامج زيادة التواصل مع شريك اللعب وتحسين مستوى التواصل البصري لديهم .

دراسة محمد جواد الحاضر (2008) :

بعنوان " فعالية برنامج تدريبى باستخدام اللعب لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال التوحديين ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة ومستوى مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال الذاتويين ، وتصميم برنامج تدريبي باستخدام أنواع مختلفة من اللعب والأنشطة لتنمية بعض مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم .

عينة الدراسة : تكونت العينة من 10 أطفال ذاتويين ذكور ، تم تقسيمهمإلى مجموعتين متكافئتين ومتجانستين (5 تجريبية ، 5 ضابطة) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (9 – 12) سنة ، كما تراوحت درجة التوحد لديهم مابين30 - 36 درجة حسب مقياس تقييم التوحد في الطفولة Cars وتقع نسبة الذكاء لديهم مابين (55 – 68) حسب مقياس (ستانفورد بينيه)للذكاء ، وأسفرت النتائج عن تحسن المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في مستوى التفاعل الاجتماعي ، واستمر هذا التحسن بعد انتهاء تطبيق البرنامج بشهرين .

دراسة ليويس Lewis 2002

بعنوان " العلاقة بين اللغة واللعب بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى بحث العلاقة بين اللغة واللعببين الأطفال ذوى اضطراب التوحد ،واستخدمت الدراسة أسلوب المنهج التحليلي وذلك من خلال جمع الأبحاث والدراسات السابقة ذات العلاقة بنفس الموضوع وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين اللغة واللعب لدى الأطفال المصابين بالتوحد ولكنها ليست واضحة تماماً ، لكن مما يدل على وجودها هو وجود بعض العوامل المشتركة بين اللغة واللعب ، ومن أهم هذه العوامل هو أن كليهما يدلان على وجود شيء أو شخص معين ، أي أن كليهما يعبران عن شيء معين بطريقةما وبالتالي يمكن استخدام اللعب والذي قد يكون عبر عنه بواسطة الدمى أو بواسطة الإشارات والرموز في تحفيز الطالب وتعميمه .

دراسة سامر الحسانى (2005) :

بعنوان " فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي للأطفال التوحديين ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى قياس مدى فاعلية البرنامج التعليمي في تنمية الاتصال اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين ، حيث تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً توحدياً قسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) ، وطبق عليهم مقياس الاتصال اللغوي كاختبار قبلي وبعدى ، بالإضافة إلى البرنامج التعليمي باللعب ، وأظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج التدريبي باللعب يعمل على تنمية الاتصال اللغوي للمجموعة التي طبق عليها البرنامج(المجموعة التجريبية).

دراسة كرانتزبى Krantz,P, & McClannahan,2000

بعنوان " فاعلية مد الطفل التوحدى بالخيارات في الألعاب لتقليل السلوكيات المضطربة وتشجيع اللعب التفاعلي ، وزيادة مهارات اللغة لدى الأطفال التوحديين".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التقليل من السلوكيات المضطربة لدى الطفل التوحدى وزيادة اللعب التفاعلي الذي ينمى مهارات التفاعل الاجتماعي واستخدم الباحث المنهج التجريبي على مجموعتين (تجريبية وضابطة)

وبلغ عدد العينة (3) أطفال توحد كمجموعة تجريبية ولديهم مشكلات سلوكية ونقصفي اللعب التفاعلي ومهارات اللغة ، وتم إتاحة الفرصة للأطفال لاختيار الألعاب المرغوبة أثناء التدخل لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات اللغةوفى المقابل كان هناك مجموعة ضابطة مكونة من (3) أطفال لم تتاح الفرصة لهم لاختيار الألعاب ، حيث قام المعلمين بتحديد هذه الألعاب وأظهرت النتائج أن إتاحة الفرصة لاختيار الألعاب يقلل من السلوكيات المضطربة ويحسن من مهارات اللغة .

الفصل الثالث

علاج التوحد

يعد التوحد أحد أكبر الإضرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابة غير واضحة بشكل حاسم ، وإن هذه الاضطرابات تؤثر في كل أنماط النمو بشكل خطير .

ولذلك اختلفت الآراء حول إمكانية تقديم العلاج للأطفال التوحديين حيث تحتاج لأساليب وطرق متباينة بتباين الحالات وصعوبة تشخيصها ، ولذلك فقد تحتاج تلك الفئة لعناية خاصة ومتدربين على العمل معهم ورعايتهم ومشاركة الآباء والأمهات في سبل تقديم البرامج العلاجية لهؤلاء الأطفال مع مراعاة الآتي :

العمل على تنمية الوعي بذواتهم وبعلاقتهم بالآخرين .

محاولة إقامة نظام الدمج وتطبيقه مع العاديين لهؤلاء الأطفال ليكتسبوا ولو ببطء اللغة والمعايير الاجتماعية من أقرانهم الأسوياء .

التركيز على الأنشطة المفضلة لهم مع إجراء بعض التعديلات عليها بالتدريج حيث تأخذ الأنشطة لديهم النمط الثابت المتكرر .

التركيز على المهارات التي توجد لديهم وتنميتها .

تنمية الاتجاه الإيجابي نحوهم من قبل الآباء والأمهات والمشرفين والمحيطين بهم .

عدم التركيز على نمط ثابت لتدريبهم أو تعليمهم .

إثارة اهتماماتهم بالبيئة ومكوناتها .

التدريب على التقليد والمحاكاة .

التدريب على تقبل التغير البيئي من حوله .

التدريب على التخاطب باستخدام الكومبيوتر والتسجيل الصوتي وجذب انتباههم بطرق غير تقليدية .

التربية الحسية وتنمية عمل الحواس باستخدام الخامات القابلة للتشكيل وغير الضارة وخصوصاً حاسة اللمس والشم .

تحول النظرة المستقبلية للإيجابية ممن يحيطون بالطفل .

زيادة التواصل بإلحاح من جانب الكبار مع هؤلاء الأطفال بكل صوره اللفظية والوجدانية والإشارية .

وتهدف الفنيات العلاجية مع الطفل الأوتيزمى إلى :

معاونة الوالدين في تعلم طرق التواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودهم في المنزل .

دفع الطفل إلى اكتساب مزيد من المهارات اللغوية والاجتماعية في محاولة لتعديل سلوكه .

إخراج الطفل التوحدي من التقوقع الذاتي والانغماس في العالم الخارجي باستخدام بعض الفنيات والأنشطة التي تؤدى إلى كسر حاجز العزلة .

كما تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب اضطراب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيفمن أثار هذا الاضطراب .

كما أنه من الأساليب العلاجية المتبعة في التخفيف من حدة آثار هذا الاضطراب ، منها ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية ، وهناك أيضاً تدخلات علاجية قائمةعلى استخدام العقاقير والأدوية.

كما أن هناك طرق لعلاج الأطفال المصابين بالتوحد منها(طريقة لوفاس - طريقة تيتش - طريقة فاست فورورد) .

العلاج النفسى: Psycho Therapy

هو الأسلوب السائد ، والهدف الأساسي من هذا العلاج هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة معه كالحب والأمان والتفاعلات الإيجابية ، حيث يفترض نقص الارتباط العاطفي بينهما وإن الأم لم تستطيع تزويده بتلك الخبرات (ابراهيم القريوتى ، حاتم البستامى 1995: 374- 375) .

ويتفق كل من (عبد الرحمن سليمان : 2001: 142) ، (عبد الرحيم بخيت، 1999: 238) ، (رشاد موسى : 2002: 410) على أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهذا ما لم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد

وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفء اللازم له وهذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج

ويشير (عبد الرحمن سليمان ،1999: 92) إلى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

في الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكثر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفاهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .

وفى الثانية : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين النفسيين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة حية عن الناحية العقلية .

وتشير (هالة فؤاد : 2001: 71) إلى أن القائم على العلاج يقوم بعمل علاقة حب وحنان بين الطفل المصاب بالتوحد وبين والديه ، هذه العلاقة تتسم بالتساهل والمحبة والدفء وذلك بهدف تشجيع الطفل على الدخول في العالم المحيط به .

وتشير (سميرة السعد ، 1992) :إلى أن الفضل يرجع إلى العالم (برونو بيتلهيم) Bruno bettelheim حيث يعد أول من اقترح المدخل النفسي في علاج التوحد ، مشيراً إلى أن التوحدية تنشأ من خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه ووالدين باردين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل ، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد ، وهو يشجع ويدافع عن ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل مستشفى أو ملحقة لها(كما هو في أمريكا) مما يتيح الفرصة له لكي يستكشف ويجرب كل شيء بحرية وسهولة ويتمكن من إقامة علاقات انفعالية سوية ، إلا أن العلاج بهذه الطريقة ليس واسع الانتشار مع الأطفال التوحديين اليوم والسبب هو أن الأوتيزم لا يرتجع فقط إلى الأبوة غير الكافية والصادقة والحنونة وإنما يرجع إلى عدم القدرة على أداء وظيفة معينة في الدماغ أو تلف في خلاياه .

ويشير (إلهامي عبد العزيز ، 1999) : إلى أن طريقة العلاج النفسي تعتمد على افتراض أساسي في صياغات(ماهلر) النظرية ، حيث ترى أن النمو النفسي يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعش الطفل حالة مشبعة في مراحل نموه الأولى ، وهكذا يصبح أول شرط لعلاجه بناءاً تدريجياً للاحتكاك مع الموضوع الإنساني ،

ولكن على نحو مشبع ، ومع توخي الحرص على دفعه للأمام كي يلتقط أول خيط يربطه بالعالم الخارجي ، فالطفل التوحدى ينبغي أولاً أن نخرجه من قوقعته التوحدية وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى ، وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللذة .

العلاج السلوكى Behavior Therapy

يشير (إبراهيم بدر ، 2004) : إلى أن العلاج السلوكي يعد من أفضل العلاجات النفسية التي ظهرت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال التوحديين ، ويوضع الطفل التوحدى وفقاً لهذا النوع من العلاج في فصل منظم للتدريب على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة كما يلزم تدريب الوالدين على مساعدة الطفل على اكتساب مفاهيم لغوية ، وتنمية السلوك المقبول في المنزل حيث يعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاً على الوالدين والمتعاملين مع الطفل

بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات ، وانطلاقاً من مفاهيم نظرية التعلم بأن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يتم محوه أو تغييره ويمكن تعلم سلوك جديد ويتبنى هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشكلة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة ، وقد تبين(زنجاح) العلاج السلوكي مع الأطفال المصابين بالتوحد في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية ، وتتميز البرامج النمائية التي تقوم على طرق تعديل السلوك وإدارته بأنها غير قاصرة من حيث الإعداد لها والتدريب عليها وتطبيقها على المهنيين فقط وإنما يمكن تدريب الوالدين والمدرسين وغيرهمعلى استخدام هذا الأسلوب بشرط أن يكون الهدف من استخدامه واضحاً .

وقد أظهرت نتائج دراسات عديدة نجاح العلاج السلوكي في تحقيق أهدافه في علاج الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، واقره الباحثون والمتخصصون كأحد أهم أساليب علاج هؤلاء الأطفال بسبب قيامه على أسس منطقية مقبولة وما أحرزه من نتائج ايجابية عملية وتطبيقية أوضحت تحسين مسار النمو لدى الكثير من هؤلاء الأطفال وإكسابهم مهارات سلوكية شخصية واجتماعية ، فضلاً عن خفض سلوكياتهم غير المرغوبة .

يشير (حامد عبد السلام زهران ، 2005) : إلى أن العلاج السلوكي هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض ، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد .

ويعرف (Madle & Neisworth,1990:p.91) العلاج السلوكي بأنه "عملية تتضمن استخدام مجموعة من الفنيات والأساليب والإجراءات بهدف زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه أو تدعيم هذا السلوك أو تعليمه سلوكاً جديداًأو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه ".

ويشير (سايمون كوهين ، باتريك بولتون ، 2000): إلى أن فكرة العلاج السلوكي تتلخص في القيام بتحليل الأنماط السلوكية من حيث مسبباتها وعواقبها ومن ثم يتم تطبيق برنامج سلوكي يهدف إلى التعرف على العوامل التي تكافئأو تشجع السلوك الصحيح وتلك التي تساعد على تثبيط وإطفاء الأنماط السلوكيةغير الصحيحة أو المزعجة ، وتتم مكافأة السلوك الصحيح باستخدام الأسلوبالذي يفضله الطفل ويرتاح إليه ، كما أن الأساليب الحديثة للعلاج السلوكي لا تقر مبدأ العقاب كوسيلة لإطفاء وتثبيط السلوك غير الصحيح .

وتعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعليم ، فيمكنعلى سبيل المثال أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي ، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة أو يستخدم التواليت ، ويعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقى برامج أخرى ، إذا تؤدى كما ترى سكريبمان وكوجل (1996) Schreibman & Koegel إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة في تلقى البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة ، ويرى نيوسوم (1998) Newsom أن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين في الوقت الراهن تعتمد على إجراء تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين (عادل عبد الله ، 2002).

ويشير (عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2005) : إلى أن العلاج السلوكي هو علاج نفسي يعتمد على تعلم الاستجابات الشرطية ، كما يعتمد على مفاهيم المدرسة السلوكية ، ويستهدف مباشرة تعديل العادات والسلوكيات وتحرير المريض من الأعراض مباشرة ، ويتم فيه استبدال العادات السلبية بعادات إيجابية ويفترض أن العادات المرضية عادات متعلمة بطريقة خاطئة ،

وعن طريق التشريط يمكن إزالة هذه الأعراض أو محوها أو تحرير المريض منها ، وذلك عن طريق التشريط وإعادة التشريط ، ويختلف هذا المنهج عن نظرية التحليل النفسي التي تفترض أن هناك مرضاً يكمن وراء هذه الأعراض ، وإنما المرض هو العرض النفسي .

ويرى (عبد الحميد محمد شاذلى 1999) : أن العلاج السلوكي هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي كما يعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات وعلاج الاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد ، ويركز العلاج السلوكي على المشكلات الحالية للمريض وأعراض المرض النفسي المتمثل في السلوك المضطرب أو الشاذ لذا فإن أهدافه محدودة وقابلة للتحقيق .

ويشير(محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، 1998) :إلى أن العلاج السلوكي أسلوب من الأساليب العلاجية الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم ،

ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في سلوك الإنسان ، وبصفة خاصة عدم التوافق ، حيث يقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي هي الاستجابات الظاهرة التي يمكن ملاحظتها (التصرفات) وكذلك الاستجابات الغير ظاهرةمثل الأفكار و الانفعالات (الغضب – الضحك – الخوف وغيرها) .

يتفق كل من عادل عبد الله (2002: أ: 54- 55) ،(محمود حمودة 1998) (رشاد موسى 2002: 410) على أن العلاج السلوكي يعد من أفضل طرق العلاجات المتقدمة للطفل التوحدى من حيث تعديل سلوك الطفل التوحدى حيث يوضع أثناء العلاج في فصل منظم للتدريبات على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة وتنمية السلوكيات المقبولة .

وترى (نيفين زيور، 1988: 88: 101) أن العلاج السلوكي أفضل من العلاج النفسي والتي أوضح فاعليته في علاج التوحد ، حيث يعتمد على نظرية التعليم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات

وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاعلى الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات وانطلاقا من مفاهيم نظرية التعلم بأن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يعلم سلوك جديد ، ويتبنى هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشكلة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة .

كما تشير عزة ممدوح (1997: 27) ، محمد محروس الشناوي(1997: 346) إلى أن مبدأ العقاب يمكن أن يكون له دور في العلاج ، وقد يكون هذا العقاب تلقائياً وذلك مثلما يحدث حين يلتقي الفرد بموقف مؤلم نتيجة لسلوك غير موفق عليه ، ويجب أن يكون العقاب مناسباُ لسلوك الطفل حيثأن الطفل المنبسط يضاعف جهوده عقب اللوم في حين يضطرب الطفل المنطوي ويضعف أداؤه.

ويشير رمضان القذافى (1994: 166- 167) إلى أن فكرة تعديل السلوك تقوم على أسلوب المكافأة حيث يتم مكافأة الطفل التوحدى على السلوك الجيد وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى ، وذلك من أجل السيطرة على السلوك الفوضوي للطفل .

ويوضح (رمضان القذافى ،1993: 166- 167) إلى أنه يجب ضرورة إعداد نظام استجابته صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم فإنه يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية :

تحديد الهدف : إذ لابد من العمل على اختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدود واضح مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره أو مشاركة الآخرين في اللعب أو نطق كلمة معينة أو القيام بسلوك حركي معين .

سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل :حيث يتم توجيه التعليمات بشكل سهل لا يحتمل ازدواج المهمة ، كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث لا يؤدى إلى صعوبة المتابعة والأمثلة التالية تعطينا مثالاُ كما يجب أن يكون (ارفع يديك – امسك القلم – انظر لأعلى – المس اللون الأحمر ..الخ) .

حث الطفل على الاستجابة : وذلك عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديتهمن خبرات الطفل الحاضرة إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .

عملية تشكيل السلوك : عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحقيق الهدف، فإن كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة (باب) مثلاً وأن الطفل قام بنطق الحرف " ب " في المرة الأولى ثم نطق "با " في المرة الثانية فيتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها .

نوعية المكافأة : من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فتكون مثلاً تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه حيث تنجح المكافأة المعنوية أكثرمع هؤلاء الأطفال.

كما أنه لابد من تنوع المكافآت لكي لا يصبح الطفل مشبعاً بنوع واحد ويجب تنويع المكافأة طبقاً لصعوبة العمل .(Eiketh,Smith,T,1997,107: 133)

واستخدم (Krantz,McClannhan1993,p.122) منهج الكتابة المتلاشية لتعليم الأطفال التوحديين بدء التفاعل مع الأقران من خلال تعليمهم الاستجابة على الألفاظ والحركات المكتوبة ،

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة اضطراب التوحد إلى عدة أسباب منها:

أنه أسلوب علاجي مبنى على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً .

أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس .

أنه نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد ، فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب ، وإنما يتم بالمظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصل نشأتها .

أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدفإلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية .

أنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط فعالية جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق.

(رمضان محمد القذافى ، 1993)

ويتفق كل من عادل عبد الله (2002: ب: 99) ، لويس كامل مليكه (1998: 286) على أن المعززات يجب استخدامها عندما يقوم الطفل بالاستجابة الصحيحة وذلك تكون بمثابة المكافأة ، وتؤكد دراسة (دونلاب وفوكس) (Dunlap&Fox (1999 ،) (M,et al 1999 whelan ، وحياة المؤيد (1996: 41) أن هناك طرق وأنواع للإثابة على السلوك الذي يقوم به الطفل وذلك عن طريق المداعبة والتصفيق والمكافأة الرمزية مثل إعطاء الطفل النجوم وهذا يؤكد على إن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنوع المكافآت يجعل للتعزيز أثراً طيباً في سلوك الطفل .

ويرى (لويس كامل مليكه ، 1998) : أن العلاج السلوكي يهدف إلى إنقاص الأعراض السلوكية والارتقاء بالوظائف المتخلفة أو الضعيفة أو غير الموجودة مثل اللغة ومهارات رعاية الذات ، ويتطلب التدخل العلاجي في معظم الحالات على الأقل في البداية مدرساً لكل طفل ، وقد يتحقق كسب علاجي هام في اللغة وفى المجالات المعرفية والاجتماعية للسلوك من خلال تدريب دقيق للوالدين بصورة فردية في مفاهيم ومهارات تعديل السلوك مع التركيزعلى المشكلات الفردية للوالدين وهمومهما .

ويشير (عمر بن الخطاب خليل ، 1991) : إلى أن العلاج السلوكي يعتمد على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات الغير مقبولة والتقليلمن الأفعال التكرارية النمطية ، وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي ، وكذلك الشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال الأوتيزم ، ويعد الثواب والعلاج مبدأ رئيسي في هذه الفنية مع هدف تطوير وتعزيز السلوك الإيجابي وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي ، كما تستخدم فنية تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين ، ولقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع إكساب المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2003) : إلى أن مفهوم العلاج السلوكي يعتبر إشارة واضحة إلى نوع من العلاج النفسي يستخدم فيه ويطبق قوانين وأفكار المدرسة السلوكية في العلاج النفسي للمظاهر السلوكية المضطربة ، وتنوعت فنيات العلاج السلوكي بتنوع توجهات علماء السلوكية التقليدية والمحدثين أي ابتداء من الشرطيين إلى الإجرائيين ، وبأسلوب آخر أصبح هناك مبدأين في فنيات العلاج السلوكي وهما التشريط الكلاسيكي بمختلف تكنيكاته ، وتعديل السلوك بتكنيكاته أيضاً .

وتعديل السلوك يشير إلى شكل من أشكال العلاج النفسي ، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة ويكون موضوع الاهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ(خولة أحمد يحيى،2000، 164 -165). وتنطوي عملية تعديل السلوك على تركيبة تضم بعض التوجهات النفسية التربوية،وبعض فنيات تعديل السلوك الحديثة وإستراتيجيات تعديل السلوك ، وبذلك توجد علاقة بين تدريب المهارات الاجتماعية ، وبرامج أخرى مثل التربية الوجدانية ، والتربية الأخلاقية ، فمناهج المهارات الاجتماعية تميل إلى التأكيد على تعليم الطفل السلوك الذي يمكنأن يتقبله الآخرون ويعززونه (جوزيف ف وروبرت هـ1999، 128-129).

وتشير "خولة أحمد يحي" أن من بين الإستراتيجيات التي تسير وفقها عملية

والواقع أن بعض أشكال العلاج باللعب التي تصور اللعب على أنه وسيلة لإعادة توجيه الطفل وإعادة تعليمه ، قد أدت إلى نفس القدر من النتائج التي يؤدى إليها المران أو الممارسة : أي أن تشكيل السلوك التلقائي بواسطة تنظيم المعالج لما يقدمه من تدعيمات تتوقف على حدوث هذا السلوك . وينطوي اللعب مع الطفل على عملية مستمرة من استجابات الشخص الكبير لما يفعله الطفل سواء كان ذلك اللعب في شكل اللعب الإيهامي أو العاب الدومينو . ويقوم اللعب مع الأطفال وملازمتهم بتأثير فعال باعتباره من المدعمات . ومع ذلك فينبغي في العلاج السلوكي أن يتم تنظيم التدعيمات من قبل .

- نماذج العلاج السلوكي :

نموذج الاشتراط الكلاسيكي :

يرى (حامد عبد العزيز زهران ، 2004) :أن الاشتراط الكلاسيكي ينتجمن تتابع الأحداث مرتباً بحيث يكون المثير مقترناً أو سابقاً للمثير غير الشرطي الذي يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية ، وكنتيجة لهذا الاقتران الشرطي يكتسب المثير الشرطي الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة غير الشرطية .

ويرجع الفضل في نشأة نظرية الاشتراط الكلاسيكي للتعلم إلى الباحث العالم الروسي(بافلوف) من خلال تجاربه حيث نجح في تحويل استجابة طبيعيةغير متعلمة وغير شرطية تتمثل في سيل لعاب الكلب لدى رؤيته الطعامإلى استجابة شرطية بأنه كان يقدم اللحم للكلب مقروناً أو متبوعاً بصوت الجرس ، ويكرر هذه العملية عدة مرات إلى أن نجح في تكوين استجابة شرطية لدى الكلب بحيث يسيل لعابه لمجرد سماع الجرس دون أي وجود للطعام سواء قبل أو أثناءأو بعد الجرس مباشرة (هدى محمود الناشف ، 2004) .

بينما يرى ثورنديك أن (الاشتراط الكلاسيكي) هو عملية تدعيم تدريجي للارتباط بين المثير والاستجابة ، حيث أن الحركات العشوائية الأولية التي يقوم بها الكائن الحي تذف لأنها لا تؤدى إلى الحصول على المكافآت ، بينما الاستجابات الصحيحة التي تؤدى إلى المكافآت تقوى تدريجياً بالتدريب لأنها الاستجابات التي تعزز (أنور محمد الشرقاوي ، 1991) .

نموذج الاشتراط الإجرائي :

في هذا النموذج يتلقى الإنسان المكافأة إذا قام بسلوك معين ، وفى الغالب ما يكون هذا السلوك هو المرغوب ، وهذا يربط الإنسان بين سلوكه وبين المكافأة ومن هذا يميل إلى تعلم تكرار هذا السلوك ، فإذا أحضر لك الكلب العصا التي رميتها أمامه فإنك تعطيه نوعاً من المكافأة ، فالسلوك يحدث أولاً ثم تأتى المكافأة (عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2005) .

ويعتمد التعلم في الاشتراط الإجرائي على نتائج السلوك بمعنى أن السلوك يقوى أو يضعف بناءً على نتائجه ، فإذا ترتب على سلوك ما الحصول على إثابة فإن الطفل يميل إلى تكرار ذلك السلوك ، أما إذا ترتب عليه الحصول على العقاب فإن الاستجابة التلقائية تكون تجنب هذا السلوك.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد ، 2002) .

ويشير (كمال مرسى ، 1996، سها أمين ، 2002) : إلى أن التعلم بالاشتراط الإجرائي مع المعاقين ذهنياً بصفة خاصة يقوم على الأسس الآتية :

وجود دافع قوى للتعلم .

وجود عائق يحول بين المتعلم وإشباع الدافع .

إصدار المتعلم استجابات إجرائية خاطئة .

الوصول إلى الاستجابة الناجحة بالصدفة .

الحصول على الثواب بعد الاستجابة الناجحة .

تكرار الحصول على الثواب بعد كل استجابة ناجحة يقوى الروابط بينهما وبين المثير ويتم التعلم بحيث يسهل استدعاء الاستجابة مباشرة ، وبطريقة آلية كلما تكرر الموقف وفى المواقف المماثلة .

ويرى(سكنر)أن فشل الطفل المعاق ذهنياً في التعليم أو التدريب يرجع إلى أخطاء في طريقة تعليمه ، فإن تم توفير البرامج المناسبة لقدراته وتم تعليمه بطريقة مناسبة سوف ينجح في تعلم ما نريده منه ، وأفضل الطرق الاشتراط الإجرائي .

نموذج التعليم عن طريق الملاحظة :

يستخدم هذا النموذج أساليب تيسر التعلم عن طريق التدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين حيث قام (باندورا) بتعريف التعلم بالملاحظة بأنه الزيادة أو النقصان في سلوك الملاحظ الذي يشبه ذلك السلوك الخاص بنموذج ما ، كنتيجة لمشاهدة نموذج السلوك هذا وهو يدعمأو يعاقب ، ويعتقد (باندورا) أن هذا النوع من التعلم يمكن أن يحدث دون أي تدعيم خارجي للملاحظ ، رغم أنه يوافق على أن التدعيم الخارجي قد يكون ضرورياً للتأثير على الملاحظ ليؤدى هذا السلوك.

(Josph,pear,Garry Martin,2004:p45)

نموذج التنظيم الذاتي :

يقصد بهذا النموذج أن الطرق التي يمكن أن يغير بها الفرد سلوكه هو ذاته بحيث يتوائم مع بعض معايير السلوك سبق له أن حددها لنفسه.

(أنور محمد الشرقاوي ، 1998)

ويشير (جمال الخطيب ، 2001) : إلى أنه قد لا تتوفر للمعلم الفرص الكافية لملاحظة سلوك الطفل المعاق وتنظيم نتائجه على نحو يسمح بتعديله وذلك بهدف أسلوب التنظيم أو الضبط الذاتي إلى مساعدة الأطفال المعاقين على تحمل المسؤولية الشخصية عند استجاباتهم ، ويشتمل هذا الأسلوب على تدريب الطفل على ملاحظة سلوكه وتنظيم شروط التعزيز والعقاب ، ويتضمن نموذج التنظيم الذاتي الاستراتيجيات التالية :

الملاحظة الذاتية والتي قد تقوم بحد ذاتها بدور وقائي .

تنظيم أو إعادة تنظيم الموقف والظروف البيئية التي يحدث فيها السلوك المستهدف .

تعلم استجابات بديلة .

تغيير نتائج السلوك على نحو يسمح باستخدام التعزيز الذاتي والعقاب الذاتي

نموذج التعلم الاجتماعي أو(السلوكيات الجديدة) :

يقصد بالتعلم الاجتماعي تعلُم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدى هذا السلوك ، ويتم التأكيد على أهمية العوامل الاجتماعية في التعلم بما فيها القدوة وملاحظة الآخرين ، وملاحظة النماذج السلوكية في البيئة .

ولذلك شهدت معظم نظريات التعلم الاجتماعي تطوراً من منحنى المثير والاستجابة كما قدمه(بافلوف وواطسون وسكنر)إلى منحنى التعلم الاجتماعي كما قدمه (البرت باندورا)وهو المنحنى الذي يمثل ما يعرف بالسلوكية الجديدة ويذهب(باندورا) إلى أنه يوجد بين المثير والاستجابة تكوين معقد للغاية وهو الشخص الداخلي الذي يستطيع أن يتخذ قرارات وأن يحلل الأحداث والمثيرات قبل أن يأتي بالاستجابة ، ويركز (باندورا) على قدرتنا على تعلم سلوكيات متقنة تتشكل على نحو يتواءم داخل النظام المعقد لحياتنا الجماعية ، وذلك هو ما يعنيه بمصطلح التعلم الاجتماعي ، فالعلم الاجتماعي هو فعل تعلم سلوكيات والتي تتلاءم داخل نظامنا المعقد للحياة الاجتماعية فنحن كائنات اجتماعية ونعمل وفقاً لمبادئ السلوك الذي نلاحظه من الآخرين (محمد إبراهيم عيد ، 2005).

ويشير (السيد عبد الحميد سليمان ، 2003) : إلى أنه لا يختلف أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي عن أصحاب النظرية السلوكية في تفسيرهم لكيفية اكتساب الطفل للغة ، فثمة تشابه كبير بين النظريتين في هذا الجانب ،

فكلاهم يرى أن اكتساب اللغة يعد محكوماً بدرجة كبيرة بالضبط البيئي ، أي أن كلا النظريتين يعطى دوراً هاماً لأثر البيئة في عملية اكتساب اللغة إلا أن مواطن الاختلاف بين النظريتين إنما يتمثل في أن أصحاب الاتجاه السلوكي يرون أن الاكتساب يتم في ضوء التعزيز للسلوك اللفظي الصادر من الطفل ، بينما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي يرون أن الاكتساب للغة يتم اعتماداً على مبدأ التقليد إذ يرون أن تقليد الطفل للغة التي يقوم الآخرين بإنتاجها يعد العامل الرئيسي وراء اكتساب الطفل للغة .

ويشير (جودت عبد الهادي وسعيد حسنى العزة ، 2002) : إلى أن نظرية التعلم الاجتماعي قد أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي حيث يشير إلى أن معظم السلوكيات غير المتكيفة سببها التعلم الخاطئ عن طريق التقليد ومشاهدة الآخرين يقومون بها ، وأن النمذجة أو التقليد كإجراء علاجي يمكن أن يزيد من حدوث السلوك المرغوب فيه ، ويكون ذلك من خلال إعطاء الفرد المتعلم للسلوك المرغوب فيه تعليمات لفظية خلال ملاحظته للنموذج ومن ثم إثارة ودافعية الفرد للتعليم السريع .

نموذج التعلم المعرفي :

يكمن الهدف من نموذج التعلم المعرفي إلى تعليم أنساق معرفية جديدة حيث يتوجب على الفرد تعلم كيفية إدراك نسق الوظائفية المعرفية المميزة له ومدى ابتعاد معرفياته عن الواقع ، والقيام بعملية ربط بين عمليات الإدراك والتأويل التي يكونها عن الواقع وبين رد فعله الانفعالي أو السلوكي ، ثم تعديل هذه العمليات الإدراكية والتأويلية (البحث عن معرفيات بديله تكون أكثر واقعية ومنطقية وتصحيح التشوهات المعرفية ، تعديل المخططات) .

ويتطلب كل هذا سلامة وظيفية يعجز المتوحدون حتى أولئك اللذين يمتلكون قدرات عقلية جيدة عن تحقيقها ، ونظراً للصعوبات الموجودة عندهمعلى هذا المستوى ، ولضعف السلوكيات مص صعوبة تنشيطها حتى حين تفرض الحاجة ذلك ، ولصعوبة تمثيل ما يفكر به ويعتقد أو يحس به الآخرون . ولتميز لغتهم بخصائص تحد من فعاليتها التواصلية ، يضاف إلى ذلك مشكلات تكييف سلوكه مع معطيات يعجز عن التنبؤ بها ، وصعوبة تقييم الوضعية على نحو سليم

وبالتالي تأمين بدائل كفيلة بتأمين الحل والتغيير ...الخ ، وفي ظل العوامل المحددة لإمكانية تطبيق العلاج المعرفي ، ويفهم لماذا بقى تطبيقه مع المصابين بالتوحد محدوداً (كريستين نصار ، جانيت يونس، 2009)

ويشير (جمال محمد الخطيب ، 2001) : إلى أن مجال تعديل السلوك شهد اهتماماً متزايداً في السنوات القليلة الماضية بدور العمليات المعرفية والرمزيةفي عملية تشكيل السلوك ، فالسلوك قد يتعلمه الفرد على المستوى المعرفي قبل أن يقوم بتأديته ، وقد اشتقت المبادئ الأساسية للمنحنى السلوكي المعرفي أساليب مختلفة لتعديل السلوك الإنساني ، ومن أمثلة أسلوب إعادة البناء المعرفي وحل المشكلات والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وغير ذلك .

ويشير (عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، 2005) : إلى أول تجربة قدمها (توكمان1949) تثبت أن الحيوانات في تجاربه لا تتعلم من خلال العادة كما تتكون بالطرق السلوكية التقليدية بل تتعلم أيضاً من خلال معرفتها المسبقة أو من خلال ميسميه بالخريطة المعرفية ،

أي أن الفئران في متاهات التعلم تقوم بوضع خريطة معرفية بحيث تدرك كل ممر في المتاهة بعلاقته بالممرات الأخرى فالفئران التي أمكن تعليمها عبور المتاهة على حامل متحرك للوصول للطعام يمكنها بعد ذلك أن تجد طريقها وهى تسير على أقدامها أو هي تعبرها سباحة عندما تكون المتاهة مغمورة بالمياه ، مما يدل على أنها تصرفت في المواقف الجديدة كما لو كانت تملك خريطة تمكنها من معرفة المكان الذي تعيش فيه ، وقد تحول هذا المبدأ إلى نواة لتكوين نظرية التعلم المعرفي التي واكبت ظهور أحدث أنواع العلاج السلوكي والعلاج السلوكي - المعرفي .

كما يركز نموذج الاشتراط الإجرائي أيضاً على دور عواقب معينة(تدعيمات) في تغيير قوة استجابة سابقة ، ويتحقق تعديل السلوك إماعن طريق تغير مباشر في عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن خبرها العميل مرتبطة بعواقب تدعيميه معينة(تدعيمات تمييزية) (عبد المنصف على رشوان ، 2005)

وتشير كلا من (صبره محمد على ، أشرف عبد الغنى شربت ، 2004) : إلى أن العلاج السلوكي يقوم على أربع مسلمات أساسية هي :

أن الاضطراب النفسي سلوك متعلم يخضع في تكوينه وإزالته لنفس القوانين والنظريات التي يخضع لها السلوك السوي .

أن الاضطراب النفسي قد ينشأ من فشل في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة .

أنه قد ينشأ من نجاح الفرد في اكتساب سلوكيات وعادات خاطئة لا تؤدى إلى التوافق .

وقد ينشأ بسبب الصراع الذي يتعرض له الفرد عندما يجد نفسه أمام هدفين ومطلوب منه أن يختار أحدهما وأن يتحمل مسؤولية هذا الاختيار .

- خصائص العلاج السلوكي :

يشير (محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، 1998) :إلى أن العلاج السلوكي يتصف بمجموعة من الخصائص التي تميزه عن طرق العلاج الأخرى وهى كما يحددها (ريم وماسترز 1980) باعتبارها افتراضات يقوم عليها العلاج السلوكي :

يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية ، حيث يهتم المعالجون السلوكيون بالسلوك موضوع المشكلة ويزداد هذا الاهتمام على تناول هذا السلوك بتغير أكثر من محاولة البحث وراء الأسباب .

يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر .

يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيراً في تعديل السلوك غير المتوافق .

يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حده وهذا يتناسب مع الطفل التوحدى .

يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات ، لأن سمة الفرد هي استعداد مسبق للقيام بسلوك معين في مواقف مختلفة عن بعضها البعض .

يقوم المعالج السلوكي بإعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة الفرد .

يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا والآن ، أي يركز على السلوك الموجود الآن وعلى البيئة أو الظروف التي يحدث فيها .

يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي ، أي يؤكد على أهمية المنهج العلمي كأسلوب للوصول إلى النتائج التي تساعد على تحقيق فنيات وأساليب العلاج وكذلك يهتم بتحديد خط البداية (السلوك المراد تغييره) ويهتم بوضع خط النهاية وتقويم نتائج العلاج ، وبذلك يتسنى له إجراء المقارنة مع غيره من أنواع العلاج الأخرى .

ويشير(حامد عبد السلام زهران ، 2004) : إلى أهم خصائص أو مزايا العلاج السلوكي في النقاط التالية :-

يعتمد العلاج السلوكي على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية المضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياساً تجريبياً مباشراً .

يسر للمعالجين استخدام أساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية .

يتناول تصحيح العادات السيئة لدى الأفراد العاديين وعلاج الأفراد غير العاديين مثل حالات التخلف العقلي ، والأطفال التوحديين .

أثبت نجاحاً ملحوظاً في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال ، وعلاج المشكلات النفسية ، وكذلك حالات الاضطراب السلوكي .

يركز على المشكلة أو العرض في الوقت الحاضر مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج .

- المبادئ الأساسية لتعديل السلوك :

يشير (قحطن الظاهر ، 2004) : إلى المبادئ الأساسية لتعديل السلوك فيما يلي :

أنها تعتمد على المنهجية والتجريب : أي أن تعديل السلوك يركز على العلاقة بين المتغيرات البيئية والسلوك ، حيث يمكن السيطرة على تلك المتغيرات ومراقبة نتائج السلوك .

نتائج السلوك تتحكم به : أي أن سلوك الإنسان له نتائج تحددها البيئة ، وهى تؤثر في احتمالية حدوث السلوك ، أي أن السلوك يتأثر بنتائجه ، فإذا كانت نتائج السلوك مؤلمة قلت احتمالية تكرار هذا السلوك .

التركيز على السلوك القابل للملاحظة : أي أن التركيز على السلوك الظاهر يساعد على القياس بشكل دقيق بعيداً عن التنبؤ الكيفي ، كما يمكن التعرف على فعالية الإجراءات المتبعة في التدريب .

إن السلوك الظاهر غير المقبول هو المشكلة ذاتها وليس انعكاسا لعوامل داخلية: حيث أن التعامل مع السلوك غير السوي الظاهر على أنه المشكلة وليس مجرد عرض لأسباب داخلية ينسجم تماماً مع دور المعلم كتربوي ومرشد.

السلوك المقبول وغير المقبول متعلم : أي أن السلوك المقبول وغير المقبول متعلم حيث يخضع كلا منهما لقوانين التعلم نفسها ، فالنتائج المعززة التي يشعر من خلالها الفرد بالارتياح تميل إلى التكرار ، وان المشكلة السلوكية ما هي إلا استجابات أو عادات اكتسبها الفرد بفعل خبرات خاطئة يمكن التوقف أو استبدالها بسلوك أفضل .

وتشير (سها أمين ، 2002 ، عبد الستار إبراهيم ، 1993) : إلى خطوات تعديل السلوك فيما يلي :

تحديد السلوك المراد تعديله : ويقصد به السلوك المشكل الذي يجمع عليه كل من الوالدين والمدرسين بأنه يجب تعديله .

تحديد مقدار السلوك : أي مقدار شيوع هذا السلوك عند الطفل وكم مرة يحدث

تحديد السوابق واللواحق لهذا السلوك . أي متى يحدث هذا السلوك؟ماذا يحدث قبل ظهور هذا السلوك ؟ ماذا يحدث بعده ؟ رد فعل الآخرين لظهور هذا السلوك . وجود متغيرات محيطة بوجود هذا السلوك .

تسجيل الخطوات : أي تسجيل المظاهر السلوكية كما تحدث خطوة بخطوة.

تحديد معززات المشكلة : أي معرفة المعززات التي تساعد على بقاء السلوك المشكل موجود .

وضع التشخيص : أي تحديد للسلوك المشكل مع وضع الأهداف المرجوة لتعديل هذا السلوك ووضع الأسباب التي يمكن بها تعديل هذا السلوك .

البرنامج العلاجي والتوقعات العلاجية : أي يجب وضع الأسس العلاجية التي يبنى على أساسها البرنامج ووضع طرق التنفيذ مع وجود التوقعات النهائية من البرنامج العلاجي .

تعميم السلوك : ويقصد به تعميم السلوك المعدل على مواقف التفاعل الأخرى التي يمر بها الطفل وتعميم خبراته الإيجابية الناجحة على المواقف الأخرى ، ويجب تشجيعه بكل الوسائل والمدعمات للحرص على إبقاء هذا السلوك الجديد المعدل مع الحرص على المتابعة له في كل المواقف بصفة مستمرة ، وضرورة تقييمه كل فترة مع وصف التغيرات التي طرأت على هذا السلوك .

العلاج الطبي (الدوائي) Medical Intervention

يشير (محمد قاسم عبد الله : 2001: 193) إلى أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ ، وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحدى ومع أنه لا يوجد دواء واحد ويحذر (ماوك) للتوحد فيجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد في تحسين قدرات المريض .

ويشير (رشاد على موسى : 2002: 409-410) إلى أهم العقاقير التي تستخدم في خفض أعراض التوحد وهى :

الهالوبيريدول Haloperidol :يفيد في خفض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية التكرارية .

الفينفلورمان Fenphloaromane : يعمل على خفض نسبة السيروتين في الدم كما يساعد على خفض النشاط الزائد غير المناسب ، كما يساعد على تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية

نالتركسون Naltrexane :يساعد على خفض العدوان وسلوك إيذاء الذات .

كلوميبرامين Clominpryamina :يعمل على خفض السلوك القسرى والنشاط الزائد والاضطراب الانفعالي ، ونوبات الغضب والعدوانية لدى الأطفال التوحديون .

وهناك عدد من العقاقير الأخرى التي تحدث التأثير نفسه في الناقل العصبي الدوباميني ، والتي درست فعاليتها في معالجة التوحد منها عقار ل – دوبا L-Dopa الذي درس مفعوله باستعمال جرعات متنوعة منه لدى عدد من التوحديين ذكوراً وإناثاً ومن أعمار مختلفة ، وعقار ريسبريدون Risperidone وعقار Amisulprile وغيرها .

ولقد بينت الدراسات التي أجريت على هذه الأدوية النفسية في معالجة التوحد أن العقاقير كلوميبرامين Clominpryamina, وفلوفكسامين Fluvoxamine وباسبيرون Buspirone مفيدة في خفض السلوك العدواني والسلوك النمطي المتكلف ، كما أنها تحسن السلوك الاجتماعي لدى المصابين بالتوحد من الأطفال والراشدين .

وتشير(فضيلة الراوي ، أيمن البلثة : 1999) إلى أنه بسبب عدم الوصول إلى سبب لتفسير إعاقة التوحد ، فإنه لا يوجد علاجاً شافياً لهذه الإعاقة أو أدوية ويمكن أن تستخدم العقاقير الطبية لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط الحركة والآلية الحركية والانسحاب مثل عقار الهالوبيريدول Haloperidol ، ولكن لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج اضطراب التوحد ، ويتفق مع هذا الرأي كل من (محمود حمودة : 1991:83) ، (رشاد موسى : 2002: 409) (عثمان فراج : 2002: ب) .

ويرى محمد قاسم (2001) أنه ثبت فاعلية المهدءات والأدوية في معالجة مظاهر التوحد ، وإن بعض الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد مثل الطقوسيةأو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحرضها وإحداثها عند الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بأن العصبونات الوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط عند المصابين بالتوحد .

ويشير (لويس كامل مليكه ، 1998) : أن البحوث اتجهت إلى دراسة التفاعل بين هذه الأدوية والنتائج البيو كيميائية لدى الأطفال التوحديين ، وتناولت معظم البحوث الشذوذ في ناقلين نيرولوجين هما سيروتونين **Serotonin** وبدرجة أقل دوبامين **Dopamine** وقد وجد أن نشاط السيروتونين في الجهاز العصبي المركزي يؤثر في الشهية والنوم والتعلم والذاكرة كما أن الدوبامين يؤثر في النشاط الحركي والمعرفي والانتباه الانتقائي .

وقد افترض أن إعطاء عقار **L- Doba** سوف ينقص مستويات السيرتونين وإن ذلك سوف يرتبط بنقص في الأعراض السلوكية بينما إعطاء مضاد قوى للدماين **Antagogonist** هو **(holdol,mcneil pharmaceutical haloperidol)** يؤدى إلى نقص دال في الإعراض السلوكية وسرعة دالة في التعليم داخل المعمل .

ويحذر (ماوك) Mauk,J,1991 من إستخدام الهلوبيريدول ويتفق معه كل من (جوزيف ايزو، روبرت زابل 1999.أ: 346: 347) ، (عثمان فراج، 2002: 83) ربما يؤدى إلى حدوث مضاعفات تنتج عند استخدامه لفترة طويلة يؤدى إلى خلل في التآزر الحركي فيحذر من استخدام العقاقير الطبية إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام التام بتعليماته من حيث العقار المستخدم للحالة وحجم الجرعة .

غير أنه لم يثبت أن استخدام أن استخدام العلاج الدوائي للتوحد قد حقق نجاحاً في القضاء على الاضطراب ، فبعض العلاجات الدوائية تحمل خطر تدمير الجهاز العصبي ، أو أعضاء داخلية أخرى مثل الكبد والجهاز العصبي لدى الأشخاص التوحديين يكون شديد الحساسية ، وبعض هؤلاء الأشخاص قد يتطلب علاج دوائي بجرعة أقل من الشخص ذوى الجهاز العصبي السليم (الطبيعي) وهناك تفاوت من شخص إلى آخر ، والمبدأ الأساسي هو موازنة الفوائد مع الأخطار ، واستعمال تقييم حيادي مع جميع أنواع العلاج الدوائي التي تستعمل من أجل سلوك الطفل (Grenadine,1998 عمر بن الخطاب خليل ، 2001 (9) ،29) .

ويشير(نلسون واسرائيل1991) : إلى أنهما حددا أهداف البرامج العلاجية المستخدمة لعلاج المصابين بالاضطراب التوحدى في التغلب على الخلل البيولوجي، وذلك باستخدام العلاج الدوائي وخلق بيئة قادرة على تعزيز النمو السوي وعملية التعلم (Nelson,Israel,1991,282) .

إلا أن بعض العلماء (كامبل ، 1991) : يروا أن العلاج الكيميائي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض التوحد ويشتمل على أدوية ، وفيتامينات ، ومضادات خمائر ، ومن العقاقير التي تم استخدامها Antidopaminergic Haloperidolفي اختزال السلوكيات النمطية ، حيث يرى بأن هذه العقاقير تفيد في تحسن القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها ، أما عقار Fenfluramine فيختزل معدل السيرتونين في الدم ، ويستخدم Amphetamines في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه وPhonothiozines لخفض القلق الزائد المرتبط بإزاء النفس (Campbell,et al,1991,34) .

وتشير (سميرة عبد اللطيف السعيد ،1998) : إلى أنه بالرغم من أن الأطفال التوحديين لديهم سمات فردية خاصة في تصرفاتهم وكذلك في تجاوبهم للدواء وأكثرهم لا يساعدهم العلاج بالدواء إلا بنسبة قليلة (10 – 15 %) يظهرون أنهم يستفيدون من العلاج بالأدوية .

وقد استخدم فيتامين B6/Magnesium مع حالات التوحد بصفة عامة لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعلية إلى حد ما في تحسين الحالات (Sahakiam et al.,1986,285) .

ويشير (إلهامي عبد العزيز ، 1999) : إلى أن العلاج الدوائي يركز على أعراض مثل فرط الحركة وسرعة الاستثارة ، والإنفجارات المزاجية في الطفولة المبكرة ، بينما يركز على أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة أما في المراهقة والرشد فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هما الظواهر التي تتداخل مع أداؤه الوظيفي .

العلاج بالموسيقى Music thevapy

يشير(عمر بن الخطاب 2001: 48-49): إلى أنه من الملاحظات المتعددة ثبت أن الأطفال التوحديين لديهم حساسية غير عادية للموسيقى ، فبعضهم لديهم إيقاعات مفضلة ، وآخرون منهم يستطيعون العزف على الآلات الموسيقية بمهارة وعادة بعمل المعالجة الموسيقية ، وبعض الأطفال التوحديين لديهم حساسيةغير عادية لأصوات معينة مثال "كان صبى بعد ما يلعب اللأكسيليفون يقوم بغناء السلسلة الهيكلية الدقيقة ثم يربط الأصوات بالحروف الساكنة للنغمات وبدأ الصبي إصدار أصوات الحروف الساكنة والمتحركة في عملية اللعب الصوتي .

تعتبر الموسيقى من المؤثرات القوية والفعالة التي تؤثر في جميع الأفراد سواء كانوا رجالاً أو نساء ً أو أطفالاً أو مراهقين أو راشدين لأنها تخاطب المشاعر والانفعالات وتعتبر من أكثر قنوات التواصل أتساعا للوصول للأطفال المصابين بالتوحد وذلك بسبب مشكلاتهم في الاتصال بالآخرين .

يشير (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى ،1992) : إلى أن الموسيقى تستخدم كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيلى ، وبرنامج العلاج بالموسيقى يتم تحت توجيه معالج متخصص ، ومتدرب على هذا النوع ويفر تنوعاًمن خبرات الاستماع والمشاركة تلاءم حاجات المريض ، وتمثل هذه الخبراتفرصة للتواصل غير اللفظي ، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء والاستمتاع الذي يخلو من التهديد .

وترى (نهلة غندور ، 2000) : أن طريقة العلاج بالموسيقى بدأت تشق طريقها في علاج الأطفال التوحديين في العقد الأخير ، وفى العلاج بالموسيقى يخضع الطفل لجلسات من الموسيقى بشكل يومي وكثف ، وهناك مقطوعات موسيقية أعدت خصيصاً لهذا الغرض ، يستمع إليها الطفل عبر سماعات ذات مؤثرات صوتية عالية الجودة ، وقد ساهمت هذه الطريقة في تحسن بعض الأطفال التوحديين وساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكيفيه .

ويشير عادل عبد الله (2008:أ :147) إلى أن العلاج بالموسيقى بالنسبة للأطفال التوحديين شكل من أشكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها .

كما يرى ميرا (1999) ، نهلة غندور (2000) أن العلاج بالموسيقى يساعد الطفل التوحدى على الشعور والإحساس بنفسه ، والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين فى النشاط الموسيقى .

ويرى صابر عبد الحميد وعلاء كفافى (1992،ج 5) أن الموسيقى تستخدم كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل،برنامج العلاج بالموسيقى يتم تحت توجيه المعالج المتخصص ، ويوفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلاءم حاجات الطفل ، وتمثل الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي ، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي .

ويشير كل من سنيل snell(1996) ، وادجرتون Edgerton(1994) ، وتاوت(Thaut(1992 إلى أن العلاج بالموسيقى يعتبر نمطاً علاجياً على درجة كبيرةمن الأهمية لهؤلاء الأطفال وأن هناك العديد من الحقائق التي ترتبط باستخدام الموسيقى مع هؤلاء الأطفال والتي من شأنها أن تجعل هذا الأسلوب العلاجي من أهم وأنجح التدخلات المختلفة التي يتم استخدامها معهم .

وتتضمن فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين فيما يلي :

العلاج بالموسيقى ينمى ويطور المهارات الاجتماعية، الانفعالية، الإدراكية التعليمية، والإدراك الحسي .

الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل والاتصال الاجتماعيمع الآخرين .

اللعب بآلة موسيقية بجوار الطفل التوحدى ينمى الانتباه إليه .

العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدىمثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة من الأطفال الآخرين في دائرة مثلاً .

يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدى على الشعور والإحساس بنفسه والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقى (Mayra,1999) .

ومن خلال ذلك نلاحظ أن العلاج بالموسيقى يستخدم في مجالات عديدة مع أطفال التوحد وذلك لتنمية الكثير من مهاراتهم (مهارات الاتصال ، مهارات سلوكية ، مهارات اجتماعية ، مهارات معرفية) ، وأيضاً لتعديل سلوكيات كثيرة وتعتبر الموسيقى وسيطاً ناجحاً في العلاج لأن كل شخص سواء عادى أو غير عادى يستجيب على الأقل لبعض من أنواع الموسيقى ، وأيضاً العلاج بالموسيقى له فاعلية خاصة في تنمية وعلاج الحديث اللغوي وفى تنمية وعلاج النقص الملحوظ في القدرة على التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد

فيما يتضمن حديثهم المعبر الذي قد يكون غير موجود أو غير ممكن لشخص يمكن أن تتراوح مقدرته على الحديث بين الصمت إلى الصراخ التام أو الصياح أو الأصوات الغريبة أو الهمهمة .

العلاج باللعب Play Therapy

دائماً اللعب ما يخرج الكثير من الانفعالات والصراعات التي عادة ما تكون داخل الطفل التوحدى وتعمل على توتره ، وهو الوسيلة التي توفر الفرصة للأطفال المعاقين لكي يشعروا بالكفاءة والفاعلية والسرور والرضا على أنفسهم ، والعلاج باللعب يهتم بحاجة الطفل للمساعدة لأنه يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل فقد يدرك الطفل تدريجياً كيانه الشخصي المستقل ويدرك ماله من قدرات خاصة به .

ويشير (إبراهيم الزريقات ، 2004) : إلى أن الطفل التوحد يفتقر في السنوات الأولى من عمر إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي فعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوعوالابتكارية والتخيل ، كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير

حيث يتسم الطفل التوحدى بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيل ، ولا يبدى أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي ، كما أنه لا يستطيع أن يقلد أفعال الآخرين أو يقلدهم في ألعابهم ، ومن ناحية أخرى وبسبب ضعف اللغة والتخيل لدى الطفل التوحدى فإنه غالبا لا يستطيع الاندماج في اللعب مع الآخرين وعندما يؤدى الطفل لعبة معينة ويجيدها فإنه يميل إلى تكرارها دون أي محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكاري من ناحية وبتمسكه بالروتين من ناحية أخرى ، كما يستخدم الأطفال التوحديين الألعاب بطريقة تعكس التكرارية أو النمطية أو استعمال غير شائع للأداة أثناء اللعب الفردي أو المنعزل والذي يقصد به اشتراك الطفل في نشاط لا يتطلب شخصاً آخر وقد يلعب بالقرب من شخص آخر أو بنفس اللعبة في اللعب الثنائي ، ولكنه لا يظهر تفاعلاً متبادلاً ، ويواجه الأطفال التوحديين بعض الصعوبات في اللعب الجماعي والتي قد تنتج عن مشكلات في فهم الإشارات الاجتماعية والتفاعلات اللازمة للعب .

وتشير (ميريلاكياراندا : ترجمة فوزي عيسى ، 1992) : إلى أن اللعب يعتبر من أهم الحقوق الجديرة بالاهتمام والعابة ، لأنه هو السمة والخاصية الأساسية للطفولة ، وهو المحرك والدافع المساعد على كل عمليات النضج والتكوين وهو يمثل كذلك العنصر الأول المحرر للطفل والذي يدخل الطفل من خلاله وبشكل ايجابي وفعال إلى واقعه الطبيعي والإنساني ويجعله يكتشف نفسه وذاته شيئاً فشيئاً .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2002) : إلى أن اللعب هو أسلوب حياة الطفل في تواصله مع مكونات البيئة ، ويتطور اللعب مثل بقية مظاهر النمو الأخرى بل يلخصها ، حيث يظهر في اللعب المختلف خصائص النمو للطفل ويعتبر اللعب في البداية نشاط غير موجه أو هادف ثم يتطور إلى خطة سلوكية يمكن استغلالها لتنمية وتطور إمكانيات الطفل ، ويعتبر وسيلة هامة في العلاج النفسي للطفولة لشتى الاضطرابات .

ويشير (عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2005) : إلى أن هناك من يرى أن اللعب يسهم إسهاما فاعلاً في النمو العام للطفل ، حيث يبتكر الطفل القواعد التي تخدم أغراضه ، وينقل الأشياء من مواضعها الأصلية إلى استخدامات أخرى فالعصا يستخدمها حصاناً وسيارة ومركبة

وما إلى ذلك ، وقد يقوم الطفل بدور المعلم أو الطبيب والطبع يسبق في الأدوار التي يقوم بها في لعب الأدوار الحقيقة فاللعب موقف تعليمي هادف له دور تربوي وتعليمي ، ويساعد في اكتساب القدرات الفيزيقية والمعرفية ، فاللعب يتضمن عملية الملاحظة والتجريب والمحاولة والخطأ ، وقد تبدأ هذه التجارب على مستوى صغير ثم تنمو هذه القدرات وخاصة الألعاب البنائية وبذلك تنمو المهارات المكانية أو القدرة على الإدراك المكاني .

وترى جانيت وست : أن الأهمية العظمى لعالم اللعب لدى الأطفال تعادل أهمية اللغة لدى الراشدين بل أن اللعب هو اللغة التي تشكل عالم الطفل بل أنه أفضل أداة دافعة لعمليات النمو والتعلم معاً وأن احتياج الأطفال للعب بأنواعه وأدواته وأساليبه هي احتياجات نمائية ، فالطفل يلعب لأنه ينمو وينمو لأنه يلعب واللعب يعكس خصائص النمو والتغيرات الارتقائية التي تتحقق للطفل في كل مرحلة من مراحل نموه ، وإذا اتبعنا النسق الاجتماعي للطفل من مرحلة لأخرى نجد أن لكل مرحلة ما يميزها من أنشطة اللعب(West,j,.1992 :p11)

ويعتبر العلاج باللعب من أحد أهم مناهج العلاج النفسي للأطفال ويتم استخدامه في دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الأطفال باعتبار أن اللعب آداه علاجية نفسية هامة للأطفال المصابين باضطرابات سلوكية مما يساعد الطفل على فهم نفسه وفهم العالم من حوله وإقامة علاقات اجتماعية فعالة مع غيره سواء من الرفاق أو الأخوة أو الوالدين ، والعلاج باللعب يعتبر فرصة آمنة غير مهددةوفى اللعب يعبر الطفل عن مشكلاته وصراعاته ومن خلالها يخرج مشاعره المتراكمة من ضغوط الإحباط وعدم الأمان مما يساعد على النمو العقلي والإجتماعى ، حيث أن اللعب هو عمل الطفل ووسيلته التي ينمو بها ويرتقى .

كما يعد اللعب العلاجي من الطرق الفعالة للعلاج النفسي وخاصة مع الأطفال ويشير كل من ليفن وورد ويل **Leven , Word Well** إلى أنه بدأ استخدام اللعب بين الثلاثينات والأربعينات من هذا القرن باستخدام لعبة العروسة **Doll Play** (محمد الحمامى ، **1999**) .

وقد استخدمت هرمين هج هلموث Hermine Hug Hellmuth من أتباع فرويد ، اللعب في علاج الأطفال المضطربين انفعالياً بغرض ملاحظتهم وفهمهم ويتمثل علاجها الحقيقي في محاولة التأثير على سلوكهم تأثيراً مباشراً بنفس القدر الذي يستطيعه أحد الوالدين أو المدرس .

وبعض المعالجين لا يستخدمون اللعب إلا لمجرد التواصل مع الطفل المريض لما يمكن أن يخلق من موضوعات للكلام ومواقف اجتماعية . والبعض الآخر منهم يقيد الطفل بعدد قليل من الدمى ويشجعه على إعادة القيام بمشاهد معينة يعرف أو يفترض أنها كانت تمثل صدمة بالنسبة له. وذلك لتخفيف مخاوف الطفل منها بسرعة .

ولذلك يؤكد (Taft&Allen) على أن العلاج باللعب يهتم بحاجة الطفل للمساعدة لأن يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج ، حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل ، فقد يدرك الطفل تدريجياً كيانه الشخصي المستقل ، ويدرك ماله من قدرات خاصة به (سهير محمود أمين: 2000، 108) .

وتؤكد دراسة صبحي عبد الفتاح (1992: 75) ، دراسة عزة عبد الفتاح (1990: 15) ، دراسة سميرة جعفر (1992: 65) على تأثير اللعب على تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد .

ويشير(محمد الفوزان ، 2000) : إلى أن اختيار الألعاب المناسبة للطفل التوحدى أمر عظيم لأن الألعاب مفيدة جداً ولها الأثر الكبير فى توجيه السلوكيات المرغوبة لدى الطفل التوحدى ، كما أنها تنمى لديه التركيز والانتباه ولذا توصل مركزا(دالاسى وتكساس) بالولايات المتحدة إلى توصيات بخصوص العاب الطفل التوحدى قدمها هل ومكماكن (Hill&Mcmackin) منها :

يجب أن تدل اللعبة على مثيرات بصرية حتى تشد الطفل التوحدى
على التحديق في الأضواء وتركيز وتثبيت بصره لأنه دائماً يحدق في يده ويضرب ضربات خفيفة أمام عينه .

يجب أن تحتوى اللعبة على مثيرات سمعية لأنه دائماً يعبر وينطق ويهمهم ويستعمل لسانه .

يجب أن تحتوى اللعبة أيضاً على مثيرات ملموسة لأن الطفل التوحدى عادة يحاول ضرب جسمه أو قرض جسمه أو وضع أصبعه في فمه فلابد أن تكون الألعاب ناعمة .يجب أن تحتوى هذه الألعاب على مثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدى لديه
عادات مثل أحياناً يضع جسمه في وضع غريب أو أحياناً يمشى على أصبع القدم ويقلب رأسه إلى الخلف .

ويشير (صبحي الكافوري ، 1992) : إلى مجموعة من الشروط التي ينبغي الالتزام بـها إذا ما توفرت الإمكانات اللازمة ، حتى تكون حجرة اللعب نموذجية من حيث البناء والتصميم والتجهيزات وهى :

ينبغي أن تكون حجرة اللعب مانعة للصوت بقدر الإمكان .

ينبغي أن تتضمن حوضاً به ماء بارد وساخن .

يجب وضع قضبان حديدية أو حواجز خشبية في نوافذ الحجرة .

يجب تغطية جدران وأرضية وأبواب ونوافذ الحجرة بمادة يسهل تنظيفها وتتحمل الطمي والألوان الزيتية والماء والمطرقة الخشبية .

ينبغي تزويد حجرة اللعب بمسجل يتيح للمعالج تسجيل ملاحظاتهعلى الطفل دون أن يشعر الطفل بذلك ، وذلك يساعد كثيراً في عملية العلاج .

ويشير (محمد إبراهيم الدسوقي ، 1999) : إلى أن العلاج باللعب إما أن يكون موجهاً بحيث يكون المعالج هو نفسه المسئول عن قيادة العملية العلاجية والنفسية ، أو يكون غير موجه حينما يترك المعالج المسؤولية والتوجيه للطفل .

وتشير (سها أمين ، 2002) : إلى أن العلاج باللعب يرتكز على ثلاثة اتجاهات تعتبر دعامات أساسية يستند إليها العلاج باللعب هي :

الإيمان بالطفل والثقة فيه : يرى البعض أن صفة الإيمان بالطفل والثقة فيهلا تدرك بالحواس وإنما يتم التعرف عليها من خلال المشاعر والأحاسيس فمن خلال جلسات اللعب يستطيع الطفل أن يكون على وعى بمشاعر المعلم نحوه وبالتالي يستطيع استكشاف إذا كان هذا الشخص الآخر يثق فيه أم لا ويستطيع المعلم أن ينقل إلى الطفل الإحساس بالثقة فيه من خلال بعض التغيرات والعبارات البسيطة .

تقبل الطفل : ويشتمل مفهوم التقبل على نقطتين هما :

أ) نشاط تفاعلي بين الطفل والمعلم يشعر فيه الطفل أنه متقبل دائماً .

ب) تواصل المعلم مع أحاسيس ومشاعر الطفل وادراكاته ومفاهيمه .

احترام الطفل : يجب احترام الطفل باعتباره إنسان له الحق في أن تحترم مشاعره بالإضافة إلى احتياج الطفل لهذا الاحترام أثناء التدريب ، وتبدو مظاهر الاحترام بمتابعة الطفل والاهتمام به ومحاولة فهم تعبيراتهوعلى المعلم أن يواصل الإحساس بالاحترام إلى الطفل .

كيف نشأ العلاج باللعب ؟

تم استخدام اللعب كعلاج للطفل منذ أوائل القرن العشرين عندما بدأت "أنا فرويد" في استخدام الألعاب ومواد اللعب كوسيلة لبناء علاقة بينها وبين مرضاها من الأطفال ، كما استخدمت "ميلين كلين" (1932) لعب الأطفال كأساس في تفسيراتها عن الأطفال ، ومن المعالجين باللعب الأوائل "ديفيد ليفى" (1938) الذي حاول مساعدة الأطفال على التخلص من الأحداث المؤلمة من خلال اللعب وغيره من الباحثين الأوائل الذين أكدوا على قوة العلاقة العلاجية بين الأطفال وعمليات النمو الطبيعية كمفتاح لمساعدة الأطفال على تنمية تقدير الذات لديهم ، وهكذا يكون لعب الطفل مدفوع من عمليات داخلية رغبات مشكلات ، قلق (Nancy & Webb,1999,29-30)

وقدم (Chazan,2000) مقياس لقياس تطور اللعب عند الأطفال كأداة للعلاج باللعب من خلال دراسة حالة هدفت إلى تقييم عملية التدخل ونواتج العملية أثناء العلاج لطفل يبلغ من العمر عامين وخمس شهور لديه سمات توحد وقد تم تقسيم جلسات العلاج على أربع مواقف مختلفة (في عدم وجود اللعب - ما قبل اللعب - أنشطة اللعب - توقف اللعب)

وكذلك تم وصف أنشطة اللعب في مستويات (وصفى - بنائي - تركيبي - وظيفي) وقد أشارت النتائج إلى فاعلية الأداة أو المقياس لما وضع من أجله ، كما أوصى بضرورة استخدامه مع عينات أكبر لاختبار صلاحيته بالكامل كأداة بحث إكلينيكي .

كما أشارت (ميلانى كلاين) Melanie Klein إلى أن الأطفال لا يدركون المعنى العميق للعب ذلك لأنه قد تم كبته ، لذلك ركزت على القلق والتخيلات وهذا الافتراض جعلها تتعمق في اللاشعور وحياة الطفل الخيالية وبتفسيرها لمحتويات التخيلات والآلام والدوافع عند الأطفال توصلت إلى جوانب كثيرة غير معلنةمن خلال تفسير تحليل لعبهم (Ariette,S.,&Dennie,p.,1994 p 50) .

وتشير (فريدة عبد الغنى السماحى ، 1988) : إلى أن أنا فرويد اعتبرت على العكس من ميلانى كلاين أن علاج الطفل مختلف اختلاف جوهري عن علاج الكبار ، وترى أن الفرق بين تحليل الطفل والبالغ ليس فقط من ناحية الصعوبات التكنيكية النوعية ولا أيضاً في العملية العلاجية ،

فبالنسبة للكبار يكون التحليل النفسي بتحرير القوى الموجودة والتي تعمل تلقائياً في اتجاه الشفاء ، والموقف يختلف بالنسبة للطفل فهو يفتقر إلى الدافعية لكي يكون أفضل ، فالطفل بسبب عدم نضجه واعتماده على الآخرين لا يمكنه صنع قرار خاص بحاجته إلى العلاج والتحليل ، فيبدأ الوالدين بذلك .

وتشير (حنان العناني ، 2002) : إلى مجموعة من الأسس والمبادئ التي يستند إليها العلاج باللعب منها :

الأسس النفسية :

يقوم العلاج باللعب على مجموعة من الأسس النفسية هي :

اللعب حاجة نفسية من أهم حاجات الإنسان ، فاللعب بالنسبة للطفل حاجة من حاجاته الأساسية لذلك ينبغي إشباع هذه الحاجة والاستفادة من اللعب في مجال التربية والتعليم والتشخيص والعلاج .

اللعب عملية نمو تسير في مراحل ، فاللعب ينمو مع نمو الأفراد بغض النظر عن البيئة التي يعيشون فيها ، فهو يبدأ عشوائياً وغير منظم ويصبح منظماً ويبدأ حسياً حركياً واستكشافياً فإيهامياً ثم عقلياً مجرداً وجماعياً .

كل مرحلة من مراحل تطور اللعب لها خصائصها التي تميزها ، فعلى سبيل المثال تتسم المرحلة الحسية الحركية بالألعاب الاستكشافية وتتصف الألعاب في الطفولة المبكرة أو في مرحلة اللعب الإيهامي باللعب بالدمى والعرائس .

يرتبط اللعب كأي مظهر نمائي بعوامل النضج والاستعداد والدافعية .

هناك فروق فردية في اللعب حيث يختلف الأفراد فيما بينهم من حيث سرعة نمو اللعب كماً وكيفاً .

يتضمن اللعب أنماطاً سلوكية عادية قد يعتبرها البعض غير سوية ، حيث هناك أنماط سلوكية تظهر أثناء اللعب لدى العديد من الأطفال ويعدها البعض غير مرغوب فيها ، ولكنها تعد عادية بالنسبة لمرحلة معينة وغير عادية لو استمرت في مرحلة أخرى فعلى سبيل المثال يلجأ الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة للعب الإيهامي والحديث عن حكايات خرافية

وهذا شيء عادى بالنسبة للطفل في هذه المرحلة ، ولكن بعض الناس الذين يجهلون خصائص هذه المرحلة يعدون ذلك كذباً .

يتناقض اللعب كما في التقدم في العمر ويتزايد كيفاً.

الأسس التربوية :

توظيف اللعب في تربية الطفل وتنميته من جميع الجانب .

النظر للعب بوصفه شكلاً من أشكال تنظيم التعلم .

النظر للعب بوصفه طريقة للتعلم في البرامج المبكرة .

الأسس الاجتماعية :

لا يسير اللعب وفق مبادئ نفسية وتربوية فقط ، بل أن الألعاب تختلف من مجتمع لآخر ، وعليه وجد ما يسمى بالألعاب الشعبية ، والأسس الاجتماعية للعب هي مجموعة من العوامل الاجتماعية التي تؤثر في لعب الأطفال في مجتمعما ومنها :

المستوى الاقتصادي والإجتماعى .

معايير المجتمع وقيمه .

وسائل الاتصال الحديثة ، حيث أثرت هذه الوسائل على نوعية الألعابالتي يمارسها الطفل ، فمنذ عهد بعيد كان الأطفال يستمتعون بألعاب الخيال ثم أصبحوا يستمتعون ببرامج الإذاعة والتليفزيون أم الآن فإنهم يستمتعون بألعاب الكمبيوتر .

والحقيقة أن العوامل الاجتماعية التي تؤثر على لعب الأطفال عديدة كالأسرة والمدرسة ووسائل الاتصال وثقافة المجتمع ويمكن الاستفادة من الأسس الاجتماعية للعب في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي للطفل وتعليمه الدور الاجتماعي .

اللعب عند الأطفال التوحديين وأهميته :

تشير (سها أحمد أمين ، 2002) : إلى أن كثير من العلماء والباحثين أعطوا اهتماماً كبيراً للعب بالنسبة للأطفال سواء العاديين أو المعاقين ، وذلك لأن اللعب هو الوسيلة الأولية التي يعبر بها الطفل عن ذاته ، وهو اللغة التي يتحدث بها عن نفسه وطريقته في التفاعل مع العالم المحيط ، ويعتبر اللعب للطفل التوحدى أمراً لازماً وضرورياً ولهذا يصنف اللعب ضمن الحاجات النفسية والجسمية له مثله مثل الحاجة إلى الطعام والشراب وتظهر أهمية اللعب مع الأطفال التوحديينفي ما يلي :

اللعب هو أحسن طريقة للتواصل بين الطفل والمعلم وذلك لأن الطفل يشعر أن المعلم يتقبله كما هو ومن ثم يبدأ الطفل بالشعور بالثقة ، وتكون هذه العلاقة هي بداية تنمية التواصل بينهما .

من خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والمحيطين به .

لا تشكل الألعاب عاملاً مهدداً للاختراق الطفل التوحدى ، فالطفل إثناء اللعب يبدأ التواصل مع الألعاب ويكتشفها ويتحسسها ويتعرف عليها وبذلك يكون الطفل قد خرج من قوقعته ويبدأ التواصل الآخرين .

أثناء جلسات اللعب يخرج الطفل انفعالاته المختلفة في الأشكال المتنوعة للعب .

كما أوضح (جودمان ، 2002) : أن أهمية اللعب للأطفال التوحديين تنحصر في النقاط التالية :

يعد من أنسب الطرق لعلاج الأطفال حيث يتم اللجوء إليه للمساعدة في حل بعض المشكلات والاضطرابات التي يعانى منها بعض الأطفال .

يستفاد منه تعليمياً وتشخيصياً في نفس الوقت .

يتيح خبرات نمو بالنسبة للطفل في مواقف مناسبة لمرحلة نموه .

يتيح فرصة إشراك الوالدين والتعامل معهما في عملية العلاج .

يعتبر مجالاً سمحاً يتيح فرصة التنفيس الانفعالي مما يخفف التوتر الانفعالي للطفل .

يتيح فرصة التعبير الاجتماعي في شكل نموذج مصغر لما في العالم الواقعي الخارجي .

أداة تربوية تساعد في إحداث تفاعل الفرد مع عناصر البيئة بغرض التعلم وإنماء الشخصية والسلوك .

يعتبر وسيلة تقرب المفاهيم وتساعد في إدراك معاني الأشياء .

اللعب أداة تعبير وتواصل بين الأطفال وبعضهم من جهة وبينهم وبين معلميهم من جهة أخرى .

هو أداة فعالة في تفريد التعلم ، وتنظيمه لمواجهة الفروق الفردية ، وتعليم الأطفال وفقاً لإمكاناتهم وقدراتهم .

اللعب يعمل على تنشيط القدرات البدنية والحركية والعقلية وتنميتها والنمو الاجتماعي والانفعالي للأطفال وفقاً لقدراتهم وإمكاناتهم .

كيف يلعب الطفل الذي يعانى من التوحد :

يشير (محمد شوقي عبد المنعم عبد السلام ، 2014) : إلى أن اللعب مهمة غير سهلة للطفل الذي يعانى من التوحد . نلاحظ أنه يلعب بطريقة مختلفة عن الطريقة المتوقعة إذ أنه يختار الطريقة التي تريحه ، ولكن هذه الطريقة تختلف حسب مستوى الطفل بالتواصل وأسلوبه ومنها :

لا يلعب بالألعاب : الطفل الذي يعانى من التوحد لا يلعب أبداً بالألعاب إنه لا يهتم إلا بمضغها أو التلويح بها .

يلعب بطريقة غير اعتيادية : لا يستطيع الطفل التوحدى أن يلعب بالطريقة التي ينتظرها المحيطين به ، نجد هذه الطريقة في اللعب عند كل الأطفال الذين يعانون من التوحد .

يلعب بطريقة عملية : يستطيع الطفل التوحدى أن يلعب بالطريقة الصحيحة ببعض الألعاب كالبازل أو تطابق الأشكال ، لدى كل طفل ألعابه المفضلة لكنه لا يستطيع تعميم الطريقة الصحيحة إلى ألعاب مختلفة ، هذه الطريقة تبدأ عند الأطفال الذين يستعينون بالآخرين ، إنهم يستطيعون أن يقومون بعمل واحد فقط باللعبة .

يلعب بطريقة بناءة : يستطيع الطفل التوحدى أن يحدد هدفاً ما ويعمل لتحقيقه ، ويستعين بالألعاب لبناء شيء ما (مثلاً الأقلام والأوراق للرسم) إن الأطفال الذين يتواصلون بشكل بدائي والأطفال الذين يشاركون بالتواصل يستطيعون القيام بذلك .

يلعب ألعاباً مع قواعد : الطفل الذي يلعب ألعابا مع قواعد يستطيع أخذ الأدوار واللعب مع الآخرين بطريقة محددة من دون تغييرها ، الطفل الذي يتواصل بشكل بدائي أو الذي يشارك الآخرين بالتواصل يحب ويرتاح لتكرار الطريقة نفسها باللعب مراراً وتكراراً .

يلعب ألعابا رمزية وخيالية : اللعب الرمزي هو التظاهر بالقيام بشيء خيالي كالشرب من كوب فارغ مثلاً ، جميع الأطفال الذين يعانون من التوحد باستثناء الذين لا يتواصلون أبداً مع الآخرين ، يلعبون بألعاب رمزية وخيالية ولكن بطرق مختلفة .

كيف ننمى مهارات اللعب عند الطفل التوحدى :

يشير (إبراهيم الزريقات ، 2004) : إلى طرق تعليم مهارات اللعب للأطفال التوحديين من خلال :

تعليم مهارات اللعب في العزلة :

يحتاج الطفل التوحدى إلى أن يتعلم مهارات محددة مثل الانشغال باللعب مع الرفاق ، ويمكن تعليم الطفل التوحدى من خلال استعمال مستوياتمن التلقين ثم إخفاء التلقين تدريجياً ويمكن استعمال مجموعات من اللعب لهذا الهدف ، وهناك بعض الخطوات لتعليم الطفل مهارات اللعب المنعزلة ومنها :

اختيار لعبة مثيرة لدافعية الطفل .

ملاحظة كيفية استخدام الطفل للعبة .

ملاحظة تفاعل الطفل مع اللعبة .

تقديم نموذج لاستعمال اللعبة .

تقديم تلقين لفظي أو جسدي للطفل أثناء اللعب .

استعمال التعزيز الإيجابي .

التدريب على القيام بالدور وفقاً للنص :

والأطفال التوحديون الذين يقومون بهذا الإجراء يجب أن يكون لديهم بعض القدرة اللغوية التعبيرية ، أو مهارات أخرى للتواصل ، ومن خلال هذا الأسلوب يتعلم الطفل التوحدى المبادرة بالمحادثة مع أقرانه والمشاركة في أنشطة اللعب من خلال التوجيه من الدرب ، ويلاحظ أن هذا الشكل من التدريب يستخدم في زيادة المهارات الاجتماعية واللغوية للطفل التوحدى .

التدريب على المشاركة المحورية :

والتدريب وفقاً لهذا الأسلوب يكون من خلال التدريب على سلوك محوري لتغير سلوكيات أخرى ، والسلوك المحوري هو السلوك الرئيسي أو المركزي للعديد من المجالات الوظيفية ، ويتم التدريب على سلوك الاستجابة المحورية من خلال الخطوات التالية :

جذب انتباه الطفل أولاً .

تقديم خبرات لزيادة الدافعية .

التنويع في الألعاب اعتماداً على تفضيل الطفل .

تقديم نماذج للسلوك الاجتماعي المناسب .

تعزيز المحاولات .

تشجيع المحادثة .

أخذ الدور خلال اللعب .

تقديم أوصافاً للعب .

تعليم الطفل الاستجابة للإشارات والتعليمات .

التدريب على استعمال الأقران والنماذج :

إن تعليم الأقران المشاركة في أنشطة اللعب مع الأطفال التوحديين هو طريقة فعالة في تحسين التفاعل الاجتماعي للتوحديين ، وتهدف هذه الطريقةإلى زيادة السلوكيات الاجتماعية للأطفال التوحديين .

ما يجب إتباعه خلال اللعب مع الطفل التوحدى :

تشير (ندى ناصف ، سمر حيدر ،2008) : إلى عدة من الطرق أو المبادئ التي يجب إتباعها خلال اللعب مع الطفل التوحدى تتلخص في الآتي :

الانضمام إلى اهتمامات الطفل : ملاحظة الطريقة التي يلعب بها الطفل والانضمام إليه .

تفسير أقوال الطفل وأفعاله : التعامل مع كل ما يقوم به الطفل وكأنه موجه إلينا لبناء صلة معه خلال اللعبة .

تقليد الطفل : تقليد الطريقة التي يلعب بها الطفل تساعده على التفاعل مع الآخرين ويشجعه على تقليدهم من ناحية أخرى ، الهدف هو تحويل اللعب الفردي الذي يقوم به الطفل إلى تفاعل ومشاركة ، يجب الإصرار والمثابرة للوصول إلى هذا الهدف لأن الطفل لن يتجاوب من المرة الأولى .

دخول عالم الطفل : الانضمام إلى لعبة الطفل والإصرار على ذلك حتى ولو كان الطفل غير موافق في البداية .

تكرار ما نقول ونفعل : عندما نبدأ اللعبة تكرار اسم اللعبة لأن ذلك يخلق روتين يعتاد عليه الطفل ويدفعه لتوقع ما الذي سيحصل خلال قيامنا باللعبة: مثلاً التصفيق بعد كل مرحلة أو العد (3، 2، 1) قبل كل مرحلة من اللعبأو تكرار كلمة (يلا) عندما ينتهي من اللعبة كالقيام بإشارة ما أو النهوض وقول "خلص" لمساعدة الطفل على تعميم ما تعلمه معنا يجب تكرار اللعبة والطريقة التي اتبعناها مع أشخاص آخرين .

إعطاء الطفل الفرصة لأخذ الأدوار :

التخطيط لوقت معين لأخذ الدوار ، وعدم الاستمرار باللعبة بشكل فردى بل التوقف في أوقات معينة لإعطاء الطفل الفرص لأخذ الأدوار .

التخطيط للدور الذي نريد أن يأخذه الطفل ، وتنظيم اللعبة بطريقة تسمح له أن يشارك في اللعبة . مثلاً إعطاء الطفل الأشكال التي يضعها في علبة "دوره" وكلما تطور الطفل يجب إعطاؤه فرص جديدة لأخذ الأدوار بطرق جديدة .

الإشارة إلى الطفل لمساعدته على أخذ الأدوار في المرحلة الأولى :

لن يأخذ الطفل دوره بطريقة عفوية فيجب علينا مساعدته بإعطائه إشارات واضحة ، وهذه الإشارات يمكن أن تكون إشارات جسدية أو تعليمات كلامية أو نماذج تفصيلية (كالبدء بعمل ما يجب أن يقوم به الطفل ثم الانتظار ليكمله هو بنفسه) ، وبعد فترة عندما يصبح أخذ الأدوار مألوفاً لدى الطفل يجب الاستعانة بإشارات بصرية أو إعطاؤه تعليمات لفظية .

الاستمرار بالنشاط الممتع : قد يمل الطفل الذي يعانى من التوحد بسرعةأو لا يركز لوقت طويل لذا يجب إحياء اللعبة والاستمرار بها بقدر الإمكان .

العوامل المؤثرة في لعب الطفل التوحدى :

تشير (سها أحمد أمين ، 2002) : إلى العوامل التي تؤثر في لعب الطفل التوحدى منها :

البيئة الآمنة :

أجمعت الدراسات على أن العلاقات الاتصالية الآمنة للطفل التوحدى والشخص القائم على تربيته لها علاقة قوية بتنمية قدرة الطفل على اكتشاف الأشياء المحيطة به وبالتالي زيادة قدرة الطفل على اللعب لمدة أطول وبطلاقة أكثر وقد أظهرت إحدى الدراسات أن الأطفال التوحديين الذين لهم تاريخ اتصالي آمن من قبل والديهم كان لديهم حماس وإصرار وأقل سلبية خلال اكتشافهم للأشياء وتميز لعبهم بظهور بعض الرمزية ، وقد أشارت الدراسات إلى أهمية وجود المربى في أنشطة لعب الطفل في خلال السنوات الأولى حيث أن ذلك يساعد على تطور قدراتهم واكتشاف الأشياء واللعب بصورة أكثر تعقيداً وتنوعاً ، ويمكن للسلوك الأبوي خلال اللعب الثنائي بينه وبين الطفل أن يضطرب أو يسهل من اللعب كما أكدت الدراسات على أن العاطفة الإيجابية والحساسية ترتبط بالسلوك الاستكشافي الجيد واللعب الرمزي .

التأثير الثقافي :

تلعب ثقافة المجتمع ونظرتها لقيمة لعب الأطفال دوراً هاماً في الاهتمام باللعب ، فعلى سبيل المثال أظهرت بعض الأمهات الأمريكيات والإنجليزيات متوسطات الطبقة الثقافية والاجتماعية اهتماماً بلعب أطفالهن ،

وذلك من خلال الجلوس معهم وإمدادهم بالمزيد من الألعاب المبتكرة والاهتمام باللعب التمثيلي لأبنائهن مع تشجيعهن لهذه النوعيات من اللعب ، فهذا كان له أثره في نمو قدرة الطفل على اللعب والاكتشاف لما حوله ، وذلك بعكس الثقافات الأخرى التي لا يشترك فيها الآباء مع الأطفال في اللعب ولا يدركون أهميته وبالتالي يخرج هؤلاء الأطفال نوعاً من اللعب المضطرب ولا يتسم بتلقائية ولا يكون عند هؤلاء الأطفال الدافع للاكتشاف .

تأثير لعب الأطفال الآخرين والأكبر سناً والأقارب مع الطفل التوحدى:

أكدت الدراسات على أهمية وجود أقارب أو أطفال آخرين بجانب الأطفال سواءً كانوا عاديين أو توحديين في اللعب لأن هذا يعزز ويشجع ظهور اللعب التظاهري والفهم الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال .

يشير (عادل عبد الله محمد ، 2002) : إلى أن الأطفال التوحديينلا يتبعون النمط الطبيعي لنمو اللعب كشأن أقرانهم العاديين (NAS,2005) حيث يفتقد الطفل التوحدى في السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أنواع اللعب الاستكشافي ، وعندما يتناول اللعب والأشكال المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة ، وبقليل من التنوع والإبتكارية والتخيل ، كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدى بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي ، ولا يبدى أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي ، كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين ، أو يقلدهم في ألعابهم حيث يتم لعب الطفل هنا بشكل نمطي ، وتكراري ، ويسير على وتيرة واحدة ، لذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بغرض الشعور بالمشاعر البسيطة التي تبعث فيه سعادة كبيرة ، فالسارة اللعبة ليست سوى شيء بارد وصلب وتصدر صوتاً عندما تسير على الأرض .

كما يشير (زينب محمد شقير،2001): إلى أن معظم الأطفال التوحديين يقضون وقتاً قليلاً في اللعب ، كما أنهم يظهرون مستويات متدنية فيه (NAS,2005) ولا يلعبون لعباً تخيلياً فلا يستعملون اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (زينب محمد شقير ، 2001) . وكثير منهم يقضى ومقتاً كبيراً في اللعب المنعزل

ويظهر تفاعلاً وتواصلاً أقل في مواقف اللعب المختلفة ، علاوةعلى نقص قدرتهم على اللعب التخيلي التلقائي واللعب الاجتماعي المناسب لمستوى النمو(هشام عبد الرحمن الخولى ،2011) . فاللعب لديهم يتسم بالتكرار والرتابة في الأداء وسوء استخدام أدواته بشكل وظيفي سليم .

(عمر بن الخطاب خليل ، 2001).

وتعد دراسة مهارات اللعب Play Skills ومستوياته لدى الأطفال التوحديين من الجوانب الهامة التي أولت الدراسات الأجنبية اهتماماً خاصاً بها لإيمانهم القوى بأهمية اللعب بالنسبة لهؤلاء الأطفال لأنه يعد من المعايير النموذجية الهامة للكشف عن مستوى الاضطراب الذي يعانى منه هؤلاء الأطفال ولأن اللعب لما له من صلة وثيقة لنمو الطفل في جميع حالات النمو ، فقد أكدت الكثير من الدراسات بأهمية دراسته لدى هؤلاء الأطفال ، لأن العجز والقصور الذي يعانى منه هؤلاء الأطفال قد يضاعف من سوء الحالة ويبرز اختلافهمعن باقي الأطفال .

وفي ذلك المجال تشير دراسة (شانيل)Schnell,Senny,2001 إلى أن منطقة اللعب عند هؤلاء الأطفال تعد من المناطق التي تحتاج إلى التركيز عليها في برامج التدخل حيث صلتها المباشرة بالنمو المعرفي واللغوي والإجتماعى .وهذا ما أكدت عليه دراسة كل من (Sancho,K .,et al, 2010, Liber,D.,&
(Symon,J.,2008,Boudreau,E.,2010 وغيرها من الدراسات التي أولت اهتماماً خاصاً بأهمية تدريس سوك ومهارات اللعب الهادف للأطفال التوحديين ، حيث يؤثر اللعب بشكل مباشر على التطور الاجتماعي واكتساب اللغة والتركيزعلى المهارات للأطفال بشكل عام والأطفال التوحديين بشكل خاص ، فيكون من المفيد تعليم سلوك اللعب للأطفال التوحديين ، وقد وثقت الأبحاث الكثير من الأدلة على أهمية وضرورة تعليم الأطفال التوحديين مهارات اللعب .

فالأطفال التوحديون لا تتطور مراحل ومستويات ومهارات اللعب عندهم بشكل طبيعي مثل بقية الأطفال العاديين ، ولكنه يحدث بصورة مضطربة ، ويعتبر العجز في اللعب من الخصائص التي تميز هؤلاء الأطفال ، حيث يفتقر هؤلاء الأطفال للعب المتنوع والتلقائي والاستكشافي ، والعاب المحاكاة المناسبة لمستوى نموهم وتطورهم .(Sonia,M.,2009,p16)

فلعبة القطار بالنسبة للأطفال التوحديين لا تمثل قطاراً حقيقياً ، إنها فقط أداة صلبة وباردة لونها أخضر ثقيلة ، طعمها معدني تصدر صوتاً عند هزها وحركات مضحكة عندما تدور عجلاتها ، والأطفال يتفحصون جميع الأشياء ما إذا كانت ألعابا أو بقايا نفايات لكي يمروا بالخبرات الحسية الأولية البسيطة التي تمنحهم متعة بالغة ، وبسبب ضعف الدرتين اللغوية والتخيلية لديهم ، فهم لا يستطيعون مشاركة الأطفال الآخرين في لعبهم ، إنهم في صغرهم يتجاهلون بقية الأطفال ، لكن بعد ذلك قد يصلون إلى مرحلة يكونون فيها راغبين في المشاركة لكنهم يجهلون كيفية تحقيق ذلك (لورنا وينج ، 1994) .

هذا ويعتبر الضعف في اللعب لدى الأطفال التوحديون البعد الثالثلثالوث البعد الاجتماعي المميز للأطفال التوحديون والناتج عن ضعف قدرتهم عن الكلام والتخيل والتفاعل الاجتماعي ، الأمر الذي يجعل اللعبوسلوكياته المتعددة أمراً غاية في الصعوبة لهؤلاء الأطفال.

(MCGee,1991,53:,Delano,M.,&Snell,E.,2006,o 39)

وتشير (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2007) : إلى أن الأطفال التوحديون يعانون من قصور شديد في سلوك اللعب يمكن ملاحظته في المظاهر الآتية :

ينشغل الطفل باللعب بأشياء صغيرة جداً قد تكون تافهة مثل : حجر صغيرأو علبة فارغة ويثور إذا أُخذ منه هذا الشيء البسيط وقد يدخل في نوبة انفعال شديد .

إذا كان لدى الطفل عدة لعب فقد يتناول بعضها أو كلها ليلعب بها بدون ترابط بينها وبين استخداماتها الحقيقية ، ولا يدرى كيفية استخدامهاأو توجيهها ، ولا يعرف معناها ولا الهدف منها ، ولا يسأل عن ذلك .

لا يُقبل الأطفال التوحديون على الألعاب التي تناسب عمرهم الزمني ويكتفون بألعاب أقل في معدلاتها عن اقرأنهم العاديين .

يفضلون اللعب بمفردهم ، ويغلب على لعبهم التكرار والنمطية .

يفتقدون إلى تقليد الآخرين في لعبهم ، ولا يظهرون الرغبة في مشاركتهم ألعابهم

عندما يكون لدى بعضهم رغبة في اللعب مع الآخرين فأنهم لا يستطيعون التعبير عن ذلك ، ويعانون من صعوبة كبيرة في جعل الآخرين يلعبون معهم.

ينقصهم اللعب الإيهامي (التخيلي) ، وهو صورة من صور النشاط العقليفي سن الطفولة المبكرة (من 3- 6 سنوات) ، حيث يتخيل الطفل أنه فارساً يمتطى حصاناً وهو ممسك بعصا ترمز لهذا الحصان الذي هو من نسج خياله أو تحمل الطفلة بعض الدمى وتتخيلها طفلاً رضيعاً يحتاج إلى عنايتها ورعايتها وتقوم بدور الأم له وهكذا . لكن هذا النوع من اللعب يبدو مفقوداً لدى هؤلاء الأطفال .

يصعب عليهم التخطيط لألعابهم ولا يستطيعون التجديد فيها ولا المبادرة في لعبة واحدة ولا تستثيرهم العاب الآخرين .

ويشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، 2004) : إلى أن الافتقار إلى اللعب التخيلي خاصية واضحة عند الأطفال التوحديين ، فهم غير قادرين على الاشتراك في اللعب الرمزي ، ويميلون لأن يكونوا أكثر حرفية وتجريداً في استخدام الأشياء والمواد ،فليس غريباً أن يلعب الطفل بلعبة الشاحنة من خلال إدارة عجلاتها ورفعها عالياً في مواجهة الضوء وتحديق النظر إليها أو شمها بدلاً من إمكانية اللعب بها بطريقة رمزية ، إن الصعوبات الشديدة في تطور مهارات اللعب تعيق استخدام المواد بشكل مناسب والتفاعل مع الآخرين .

وقد وجه تشارمان وآخرون (1997) : أن اللعب الرمزي التلقائي (استبدال الأشياء) لم يكن شائعاً بين الأطفال التوحديين في سن العشرين شهراً كذلك الأطفال المتأخرون في النمو ، وعلى العكس فإن أكثر من نصف الأشخاص في مجموعة النمو الضابطة اهتموا بهذه السلوكيات.

. (Schopler,E et al 2001,145)

وهذه الصعوبات وغيرها التي يعانى منها الأطفال التوحديين والمتعلقة باللعب تزيد من عزلتهم الاجتماعية وتفرض عليهم قيوداً تجبرهم على مزيدمن التمسك بتلك الأنشطة الروتينية الرتيبة التي اعتادوا عليها (Barry&burlew,2004,47)

حيث يكتسب الأطفال المعرفة الاجتماعية والمهارات من خلال اللعب وفى إطار اللعب فأنهم يتعلمون تنسيق المهارات المتبادلة بين الأشخاص مثل تولى الأدوار والتبادل وتعلم استراتيجيات اللعب الرمزي والتعاوني ، ومن خلال اللعب الاجتماعي يتعلم الأطفال ممارسة المهارات الاجتماعية مثل طلب الدخول إلى الزملاء أو مجموعات اللعب ودعوة الآخرين للعب ، في حين يكون لعب الأطفال التوحديين الصغار ويكون متكرراً ويكون نمطياً في الشكل والمحتوى

ويمكنهم أن يهتموا بتتابع لعب واحد لساعات أو لشهور ، ويمكنهم أن يعالجوا موضوعات اللعب بطريقة نمطية ، واللعب التظاهري يمكن أن يكون غير موجوداً أو محدوداً في التنوع تماماً ، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين غالباً ما يواجهون صعوبة في بيان الرغبة في اللعب أو الانضمام إلى الأنشطة ، ويمكنهم أن يفشلوافي الاستجابة لدعوات الآخرين للعب ، ونتيجة لذلك فإنهم غالباً ما يكونوا خارج مجموعات اللعب (Nelson,C.,2007,166)

ويشير (Wolfberg,1995,201) إلى أن الأطفال التوحديين ليس لديهم القدرة على التصرف في اللعب كما لو كان عند توقع نتيجة افتراضية في موقف غير موجود ، علاوة على افتقادهم الملحوظ للتلقائية في الطبيعة التخيلية الاجتماعية للعب التي تظهر لدى الأطفال بشكل تلقائي أثناء سنوات رياض الأطفال .

ويشير (McDonough,L.et al .,1997,17) إلى أن أحد الاقتراحات التي تفسر غياب اللعب عند الأطفال التوحديين هي أنهم يكون لديهم قدرات ضعيفة على التقليد ، والقدرة الضعيفة على التقليد كثيراً ما ارتبطت بالتوحد وهى تظهر في مقام التقليد الصوتي والحركي كالإشارات والاتصالات والتصرفات المرئية وغير المرئية للأحداث بالإضافة إلى التصرفات المرتبطة بالأشياء .

وتشير (نادية أبو السعود ، 2000) : إلى أن نقص اللعب التخيلي يكون غالباً ظاهر مع نقص الأنشطة والاهتمامات ، ويمكن مشاهدة قيود الاهتمامات والأنشطة في أنشطة مثل ثبات الطفل في عمل أشياء معينة أو الخيالمع وحدات ثابتة مثل مفاتيح الإضاءة واستبعاد معظم الأنشطة الأخرى بالإضافة إلى ميل اللعب والتقليد إلى أن يكون مادياً جامداً ومحدداً بدلاً من أن يكون رمزياً وخيالياً .

وان معظم الأطفال التوحديين لا يكونون مقلدين مهرة وهم يتجهوا إلى عدم الانشغال في اللعب الخيالي أو الاستفادة من اللعب النموذجي للآخرين ، ونادراً ما يلعبون في المنزل أو يقيمون حفلات الشاي ، ويتجه اللعب أن يكون نشاطاً فردياً باستخدام الأشياء الملموسة ، وغالباً بطريقة لا يعتقد أنها لعب على الإطلاق من خلال الأطفال العاديين (مثل ثنى أزرع الدمية أو ربط اللعبة بالخيط) (Scott,et al., 2000,250) وهذا لا يعنى أنهم لا يمارسون اللعب بل أنهم يلعبون بطريقتهم الخاصة (Fein,et.al 2000,24) التي تتسم بالروتين والتناول النمطي للأشياء ،

كما أنهم يظهرون مهارات وسلوكيات لعب أقل تقدماً من أقرانهم طبيعي النمو (Leafet al.,2012,780) بالإضافة إلى تفضيلهم اللعب الفردي على اللعب الجماعي ، وحتى وان مارسوه يكون لعباً بدون مشاعر متبادلة (آمال عبد السميع باظة ، 2003) .

وقد بينت العديد من الدراسات إن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبة في تقليد المهارات الحركية البسيطة حيث بين استون وآخرون (1977) أن تقليد حركات الجسم كان أكثر اختلالاً عن مهارات تقليد الأشياء عند الأطفال التوحديين الأقل من ثلاث سنوات ونصف ، كما يضيفوا أن التقليد لحركات الجسم كان يرتبط بالمهارات اللغوية التعبيرية بعد ذلك بينما تقليد الأحداث بالأشياء فانه ارتبط بمستوى مهارات اللعب (Huebner,R., 2001,323).

وقد أظهرت دراسة جينفر وآخرين (Jennifer,R,et al.2010) أن الأطفال التوحديين يظهرون قصوراً في تبادل الأدوار في اللعب وأيضاً أظهروا قصوراً في تبادل الأشياء مع الأطفال الآخرين ، وأوضحت الدراسة أن سن الطفل كلما كان أكبر كان أداؤه أفضل على مقياس مهارات اللعب للأطفال التوحديين .

ويضيف هيس(Hess,L.2006,98) إلى أن مفاتيح فهم نقص نمو التظاهر تتركز في عدم قدرة الطفل التوحدى على أن يكون مدركاً للحاجة إلى التبادل وأن يكون مدركاً لتفسير الآخرين للعمل (النشاط) وأخيراً أن يستخدم التخيل .

وغالباً ما يتم وصف الأطفال التوحديين بأنهم على الهامش حيث نراهم حول محيط اللعب ، ولا يهتمون أو يشتركون في اللعب الذي يتم حولهم ويظهرون حاجة قوية إلى أن يتبع الأطفال الآخرين قواعدهم ، وإذا توقف الزملاء عن ذلك فإنهم يعبرون عن غضبهم بسبب أن الأطفال الآخرين لا يريدون لعب ما يرغبون في لعبه كما يظهرون دافع قليل إلى التفاوض مع الآخرين

(Ozonoff,S.et al.,2002,186)

ويشير (إبراهيم محمود بدر ، 2004) : إلى أن اللعب هو لغة الأطفال التوحديين ، وحين يستعملون الدمى أو أدوات اللعب الأخرى فإن كل مفر من مفردات اللعب تصبح مصدراً لكلمات الطفل التوحدى التي لا يستطيع أن يلفظ بها ، وإنها تحمل رسالة غير لفظية متعددة ، وتصبح الدمى وعناصر اللعب الأخرى مفيدة في الكشف عن عالم هؤلاء الأطفال عندما يختارون هذه العناصر من تلقاء أنفسهم دون تدخل الآخرين .

ويلخص (محمد سيد محمد مرسى ، 2013) : الخصائص العامة المميزة للعب عند الأطفال التوحديين في الآتي :

يفتقر الطفل التوحدى إلى الكثير من أنواع اللعب الاستكشافي .

يتناول اللعب بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوع والتخيل .

تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير .

لا يبدى أي مبادرات باللعب التظاهري أو الإيهامي .

لا يستطيع أن يقلد العاب الآخرين أو سلوكهم .

يلعب بشكل نمطي تكراري .

لا يتناول اللعبة لترمز إلى شيء آخر بل ليسمع صوت ارتطامها بالأرض مثلاً أو ليضعها بجانب غيرها من اللعب .

عندما يكبر يجد متعة في اللعب التركيبي دون إدراك لما يقوم به .

وقد لخصت جوليا مور (Julia,M.2006,p18-19) الصعوبات التي تواجه الأطفال التوحديين في اللعب في النقاط التالية :

مشكلات اللغة في كل من التعبير عن محتوى الكلام وفهمه .

مشكلات التفاعل الاجتماعي وعدم الاستعداد للسماح للآخرين بمشاركة الخبرات أو نقص في فهم الأفكار والمشاعر ونوايا الآخرين ، والمشكلة العامةفي تفسير المؤشرات غير اللفظية : تعبيرات الوجه - نمط الصوت وغيرها .

مشكلات التخيل - صعوبة استيعاب معنى المواقف التي يتم تخيلها وغالباًما يؤدى إلى تصرفات متكررة أو إجراءات تعنى فقط شيء للطفل نفسه .

العلاج بالقرآن الكريم :

يشير (محمود على محمد: 2004)إلى أنه عندما كان يعمل في أحد المراكز المتخصصة في التربية الخاصة ، وكان يظهر على أطفال التوحد علامات الصراخ والنوم على الأرض وغيرها من تلك الصفات فكان يحرص على قراءة القرآن معهم بعد انتهاء البرنامج ، فيلاحظ صوراً جميلةً من هؤلاء الأطفال فأحدهم يداعب يديه ويبتسم في وجهه ، وهذا ما أكدته البحوث والدراسات في هولندا.

برنامج العلاج بالحياة اليومية : Daily life therapy

يشير (إسماعيل محمد بدر: 1997) : إلى أن برنامج العلاج بالحياة اليومية من بين البرامج العلاجية التي قُدمت لفئة الأطفال ذوى التوحد والذى نال شهرة عالمية ، وهو نموذج ياباني قدمته كيتاهارا (1964) Kitahara من خلال افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال وطبقت فيه هذا البرنامج العلاجي وهو منهج تربوي Educational Curiculum يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال العاديين ،

وقد طبق هذا البرنامجفي مدرسة خاصة للأطفال ذوى التوحد سميت مدرسة هيجاشى Higashiفي ولاية بوسطن بأمريكا (1987) وفى مدرسة للتربية الخاصة بكندا ويقوم هذا البرنامج على مبادئ أساسية هي :

التعلم الموجه للمجموعة Group Oriented Instruction .

حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل دراسي واحدمع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم .

تعليم الأنشطة الروتينية اليومية Highly Structured Routine Activities

التعليم بالتقليد Learning Through Imitation .

تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم (القاسي) Unproductive Activity Levels Through Rigorous Exercise Education of .

المنهج الذي يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية (الحركة) (Quill et al., 1989,625-635) on Music, Art and Movement curriculum Based .

ويشير (عمر بن الخطاب خليل ، 2001) : إلى أن التدريب الرياضي المكثف يرتبط بإفراز الأندورفين وهو مضاد طبيعي للقلق ، ويخفف العدوانية ويشجع السلوك الطبيعي والنشاط الزائد ويزيد الحماس لأداء المهام ويساعد الأطفال على النوم بطريقة أفضل أثناء الليل ، وتتمثل الفائدة من استخدام أساليب متعددة في أن البرامج وتوليفة العلاج تصمم على أساس فردى ، ويؤخذفي الاعتبار شخصية الطفل ومستوى الاتصال ودرجة التوحد والمهارات التي سوف يحتاجها عندما يكبر وينمو ليصبح شاب .

ويشير (عثمان فراج ، 2002 ، ع (72) ،9 – 10) إلى :

برنامج ايدن Eden Program

ويعتمد هذا البرنامج على تحقيق التكامل بين تنمية المجموعة الأساسيةمن المهارات الحياتية والأكاديمية مع تنمية التفاعل والعلاقات الاجتماعية كأساس الأنشطة التعليمية في تعاون وتكاتف مع أسرة الطفل وقد بدأ استخدام هذا البرنامج عام 1975 في مدرسة نهارية عرفت باسم معهد ايدن في ولاية نيوجرسي الأمريكية تكرس خدماتها لأطفال التوحد وأسرهم ،

وفى عام 1983 أعلن عن إنشاء مؤسسة ايدن لتمويل المشروع عن طريق التبرعات والاستثمارات المحلية ، ويستهدف البرنامج تدريب الطفل ودعم نمو قدراته الجسمية والتعليمية إلى أقصى حد ممكن بحيث يحقق أكبر قدر من الاستقلال Independent والاعتماد على النفس Self Care في حياته في المجتمع والاستمتاع بحقوقه كمواطن .

برنامج لوفاز (1997) الطفل التوحدى الصغير

Uel,young Autistie Program(YAP) .

وهو برنامج قائم على التدخل السلوكي المكثف مبكراً للأطفال التوحديين لمدة 40 ساعة في الأسبوع ويمتد من سنتين إلى ثلاثة سنوات ، ويركز هذا البرنامج على أهمية الساعات الأولى للعلاج لإقامة العلاقة الإيجابية التي تسمح بتنفيذ البرنامج بنجاح ويؤكد على المعالج أن يضمن أن الطفل سوف ينجح في تحقيق ما يطلب منه بمعنى أن نعرف قدراته جيداً ثم نحدد ما يطلب منه وتقليل فرص الخطأ بأن تكون المهمة المطلوبة بسيطة بحيث يستحيل الفشل فيها مع مكافأته عندما ينجح في أداء ما يطلب منه (Lovaas,O.,&Buch,G.,1997,p62-75).

ويشير لوفاز إلى أنه لا يستطيع أحد فهم أو تغيير أي أسباب بيولوجية تؤدى إلى السلوك غير الصحيح فإن ما يحكم السلوك هو نظام الثواب والعقاب الذي يتبع ظهور السلوك ، كما أن الهدف الأساسي لتعديل السلوك هو إحلال أو إطفاء أي سلوك غير سوى ، وقد بدأ لوفاز عمله في الستينات في إعداد مشروع التوحد للأطفال الصغار Young Autism Progect(YAP) ويعد هذا البرنامج من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين ، ويركز هذا البرنامج على التدخلفي إطار المنزل ، ويستند إلى تحليل السلوك التطبيقي والتعلم من خلال تدريب المحاولات المنفصلة وتقوم فكرة التحليل التطبيقي للسلوك على التحليل الدقيق لقدرات الطفل ومهاراته من أجل الوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أداء وسلوك الطفل ، كما تلعب نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخرى الذي تم تعزيزه وينطفئ السلوك عندما لا يتم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكرار هذا السلوك حيث أنه لا يجد ما يعززه ، هذا بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات التعليمية الأخرى مثل التشكيل Shaping والحث Prompet والاستبعاد التدريجي للحث أو المساعدة والتسلسل والتعزيز ، والتدريب بالمحاولات المنفصلة ،

وهى طريقة منظمة يتم تنفيذها في إطار تحليل السلوك التطبيقي للأطفال التوحديين ، أو أسلوب مميز يقوم على أربع مكونات أساسية :

التعليمات الموجهة للطفل .

استجابة الطفل .(استجابة صحيحة ،استجابة خاطئة ، لا توجد استجابة) .

نتيجة الاستجابة .(تعزيز الطفل ، حث الطفل)(تقديم المساعدة)

فترة فاصلة بين التعليمات .(Hart,Charles,A.,1993, 194) .

برنامج جداول النشاط المصورة Pictorial Activity Schedules

وهى تمثل أحد الإستراتيجيات المستخدمة في هذا الصدد ، وهى تلك الجداول التي يأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوى كل منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أداؤه . (عادل عبد الله ، 2004) .

برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور (PECS)

Pricture Exchange Communication (Bondy frost,1994)

يعد من أوسع البرامج الحديثة انتشاراً والذي أعده بوندى فروست عام 1994 للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور لغوى حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه المدرس أو الوالد الذي يتواصل معه ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التي تتضمن ما يريد أن يفعل .

برنامج خبرات التعليم Learning Experience(LEAP)

ويتم تقديمه لأطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة Preschool وهو كبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامها مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردى مثل برنامج لوفاز .

برنامج الإستجابة المحورية Pivotal Response

هذا البرنامج من وضع Kaegel,dk سنة 1995 وبعكس برنامج لوفاز الذي يركز على تنمية مئات المهارات فإن هذا البرنامج يهتم بعدد محدود من المهارات المحورية التي تقود إلى أنواع من التعميم وهو لا يقدم برنامج معين كغيره من برامج التعليم لأطفال التوحد ولكن يؤكد أهمية أسلوب التدريسالذي يمهد للطفل اكتساب المهارات الاجتماعية واللغوية معطياً اهتماماً خاصاً باكتساب القدرة على الانتباه والتركيز التي هي من أكثر نواحي القصورفي مهارات طفل التوحد وعلى تنمية الدافعية وحوافز التعلم .

برنامج معالجة وتعليم أطفال التوحد

Autyistic and Related Communication Handicapped Children

Treatment and Education of (TEACHC)

وهو البرنامج الذي أعده سكوبلرSchopler منذ أوائل سبعينات القرن الماضي لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل وإعطاء الأولوية للعلاج المعرفي السلوكي Behavioral Cognition والاهتمام بالسائل والمثيرات البصرية .

العلاج بالإبصار :

يشير (عمر بن الخطاب :2001: 55-57) إلى أن العلاج بالإبصار هم عملية إعادة تدريب جهاز المستقبلات البصرية حتى تعمل بأقصى إذن فهي عمليةعن طريق النشاط العلاجي يتم وصفها عن طريق المعالج البصري ويتم القيام بها في مكتبه ، وعادة يتم تدعيمها في المنزل ، ويقوم بهذا النوع من العلاج أخصائيين قياس بصري سلوكي Behavioral Optometrist حصلوا على تدريب بعد شهادة الدكتوراه في هذا المجال بالتحديد على خلاف تصحيح مشاكل انحسار الضوء داخل العين (مشاكل التغلب على طول النظر ومشاكل بؤرة البصر) التي قد تستدعى فقط استعمال عدسة خاصة لذلك يجب البدء بعمل تقييم شامل يستغرقمن 45- 60 دقيقة ، خلال التقييم يهتم الطبيب بأعراض الطفل والصحة العضوية العامة وتاريخ النمو والمتطلبات البصرية بالتحديد بالإضافة إلى ذلك أن يفحص الطبيب حركات العين والقدرة على تركيز البصر والترف على العمق وعمل العينات والعلاج المقدم بواسطة أخصائي القياس البصري السلوكي ، ويجب أن يتضمن استعمال عدسات تطورية عند نقطة ما للمساعدة في الحصول على تناسق واستقبال بصري أفضل أو استعمال منقيات الضوء ،

والعلاج بالإبصار قد يصحح أو يحسن ظروف أداء الارتباط الشرطي الوظيفي التي إذا لم تعالج تستمر في تعطيل عملية النمو والتعلم ، أحياناً يحدث التغيير بسرعة وبطريقة ملحوظةوفى أكثر الأحيان يكون التقدم تدريجياً مع فترات من التقدم الملحوظ تكون مختلطة بفترات من النكوص وهذا مألوف في تطور النمو الطبيعي ، وقد قرر كثير من الآباء حدوث إيجابية العلاج البصري .

العلاج بالتمرينات البدنية Physical Exercise

قرر (Rimland 1988) أن الإثارة العقلية النشطة لعدة ساعات يومياً يمكن أن تصلح الشبكة العصبية التي لا تعمل وظيفياً ،وأن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات إيجابية على المشكلات السلوكية حيث أن 48% من 1286 من الآباء قد قرروا تحسينات ناتجة عن التمارين الرياضية ، حيث لاحظ الآباء نقصفي السلوك النمطي وفرط الحركة واضطراب النوم والعدوان والقلق وإيذاء الذات كما أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات ومن الدراسات التي أشارت إلى أهمية استخدام التمرينات البدنية دراسة (Gelibern,et al.,1997)

التي هدفت إلى اختبار تأثير مستويين من التمارين (المشي مقابل العدو المتأني) وذلك في تقليل سلوك إثارة الذات وكشفت النتائج أن نقص إثارة الذات يكون فقط في العدو المتمهل وأن هذا النقص استمر لفترة تزيد على 40 دقيقة بعد انتهاء التدريب .

العلاج بالنظام الغذائي والفيتامينات

تشير (إلهامي عبد العزيز إمام: 1999: 71 -72) إلى أن (Rimland ,1996) قدم تقريراً مختصراً عن وسائل بديلة لعلاج الذاتوية منها الغذاء وخاصة جرعة كبيرة من فيتامين (ب6) والماغنسيوم ، وعلاج حساسيات الطعام ، وعلاج العدوى الميكروبية وعلاج اختلال الجهاز المناعي ، كما لوحظ أيضاً أن حوالي من 40-50 % من الآباء الذين أزالوا اللبن والقمح والسكر من غذاء الأطفال شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ، حيث يعتقد أن هذه البروتينات قد تؤدى إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات معينة وتحويلها إلى أحماض أمينيه ، وهذه البروتينات هي الجلوتين glutin مثل القمح والشعير والكازين ، وقد اقترح عدد من الباحثين أن عدم تحمل الغذاء أو الحساسية للغذاء

قد تكون مسئولة عن بعض الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين فقد لاحظت كثير من الأسر أن هناك تغيرات رامية لحد ما بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالها .

وتشير (نهلة غندور ، 2000) : إلى أن إعطاء الطفل المصاب بالتوحد نظام غذائي خاص يحتوى على أطعمة خالية من مشتقات الحليب والقمح له فائدة في تخفيف أعراض التوحد خاصة السلوكية منها .

ويشير (ياسر الفهد ،2000) : إلى أنه يؤيد هذا الاتجاه العلاجي ، حيث يرى أن بعض آباء الأطفال التوحديين يفضلون وضعهم تحت نظام غذائي خالي من الجلوتين (البروتين الموجود في القمح والشعير) والكازين (البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته) ، وبعض الآباء الذين جربوا النظام الغذائي أشاروإلى نجاح جيد ، ويمكن عمل تحليل بولي للتأكد من نسبة البيتايد إذا كانت عالية ويوضح التحليل ما إذا كانت هناك على الأقل حاجة لتجربة النظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازين .

العلاج بالمعايشة :

يشير (سامي بن جمعة : 1993: 119) إلى العلاج بالمعايشة يكون عبارة عن برامج مبنية على توجه مجتمعي تشمل جماعة منزلية أو شقق يتم الإشراف عليها ، أو نماذج لمزارع قروية أو مؤسسات إيواء تتيحللتوحديين إمكانية المعايشة في المجتمع .

العلاج البيئي :

يشير (عثمان فراج: 1995: 6) إلى أن العلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة كما يشير إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعنا العلاجي ، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء ، كما يتضمن العلاج البيئي تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة .

وتشير (زينب محمود شقير ، 2005) : إلى أن هذا النوع من العلاج يقوم على تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة مع المحيطين بالطفل التوحدى مما ينمى لديه مهارات التواصل الاجتماعي الناجح .

ويرى (عبد المنعم الحفني ، 1978) : أنه يجب أن تتكامل كل النشاطات اليومية للطفل التوحدى مع العملية العلاجية بتغيير بيئته أو بخلق تعاون ومشاركة بين كل من الموجودين في المحيط اليومي له ، ولا يمكن تحقيق ذلك ووضع تخطيط سليم لنشاطاته إلا بوضعه في مستشفى ، وبذلك يخلق تعاوناً بين الموجودينفي المستشفى من مهنيين وغير مهنيين لإنجاح العملية العلاجية .

ويشير (محمد قاسم عبد الله ، 2001) :إلى أن عدد من علماء النفس أمثال (ديمار – روتر – سكوبلر) يشددون على أن التعليم الموجه هو العلاج المختار للأطفال الذين يعانون من التوحد ،

وتعتبر طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية والتدبير السلوكي من أهم استراتيجيات المعالجة المستعملة مع هؤلاء الأطفال وقد دفعت هذه المقاربات العلاجية العلماء لمزيد من الاهتمام وبحث إمكانية تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال وما إذا كانوا قابلين للتعلم ، وشدد الاتجاه التقليدي على أن البيئة التعليمية Education Environment المناسبة مهمة جداً لأنها تجعل الطفل قابلاً للتعلم .

العلاج باستخدام الحيوان Pet Therapy

توجد إدعاءات بأن تحسنات في السلوك تحدث بعد التعرض للعلاج باستخدام الحيوانات الأليفة حيث أظهرت بعض التقارير التقييمية لهذا المدخل من العلاج ، تشير إلى أن السباحة مع الدولفين قد تكون مساعداً لبعض الأطفال بشكل عام ، كما أشارت بعض التقارير أن الخلط بين العلاج باستخدام الحيوان ومشاركة الرفاق قد يكون مفيداً (Howlin 1998,p.90) .

العلاج بالمسك Holding Therapy

توصل بعض الباحثين إلى أن التوحدية ليست ناتجة عن جينات أو عوامل عصبية (Genetic Neurological) لكن بواسطة القلق المسيطر من عدم التوازن الإنفعالى (Emotional Imbalance) المؤدية إلى انسحاب اجتماعي (Social Withdrawal) وفشل التعلم من التفاعل الاجتماعي (Social Interaction) وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع ، وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث ، ويشمل العلاج بالمسك إمساك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلى أن يهدأ وعلى البالغ أن يقف فوق رأس الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعينين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبة البالغ وتستمر الجلسة لمدة 45 دقيقة ، والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل .

العلاج بالفنART Therapy

يعتبر العلاج بالفن من أهم أنواع العلاج المتبع مع الأطفال التوحديين حيث يساعد على تنمية إدراكهم الحسي وذلك من خلال تنمية الإدراك البصري لديهم عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعد والحجم ، وأيضاً الإدراك اللمسي عن طريق ملامسة السطوح مثل الطفل العادي ، وقد اعتبر (أرسطو)أن الفن وسيلة يعبر بها الأفراد عن أنفسهم أي يمكن عن طريق الفن التنفيس عن الانفعالات والمكتوبات الداخلية ، ومن هنا يعتبر الفن البسيط الناجح في علاج الاضطرابات المختلفة التي يعانى منها الأفراد سواءً كبراً أو صغاراً أو عاديين أو غير عاديين .

وتعرف الرابطة الأمريكية العلاج بالفن بأنه الاستعمال العلاجي للإنتاج الفني وفى حدود علاقة مهنية من قبل أفراد يعانون من مرض أو صدمة أو مصاعب في الحياة ، ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي ، ومن خلال ابتكار الفن والتمعن في إنتاجه وعملياته يستطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إدراكهم لأنفسهم وللآخرين والتأقلم مع أعراضهم المرضية والضغوط التي تنتابهم والصدمات التي يمرون بها ، فيحسنون من قدراتهم المعرفية ويستمتعون بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عمل الفن (ARTA,2004) .

وتشير فالنتينا الصايغ (2001: 81) إلى أن فنون الأطفال لها أهمية كبيرة في تعامل شخصية الطفل وأسلوب بنائها من الناحية الانفعالية والاجتماعية والعقلية ، لأنها تعتبر شكل من أشكال الأداء النفسي وله خصائص متعددة سواء في المجال المعرفي أو المزاجي والوجداني حيث أن الطفل يعبر أثناء الرسم عن كلما بداخله فهو يعبر عن انفعالاته ليعكس أفراحه وما يشعر به من إحساس بالعجزأو الدونية .

وترى مها أبو العز (2006: 41) أن العلاج بالفن يستهدف مساعدة الأطفال على إعادة بناء الطرق التي يتصورون بها حياتهم ويعيشونها ويدركونها وانتشالهم من حالات العدوانية ، والتمركز حول ذواتهم وما شابه ذلك ، إلى حالات أخرى تسودها مشاعر الحب ، والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو ، والإعجاب بالحياة والإقبال عليها والإحساس بالتوازن والسلام الداخلي .

وتشير (عفاف فراج ، نهى حسن ،2004) إلى أن الأهداف الخاصة لعملية العلاج بالفن تختلف تبعاً لاختلاف نوعية المشكلة التي يعانى منها المريض المقدم للعلاج بالفن حيث يشير " ليفيك 1981" إلى أن العلاج بالفن يهدف إلى :

تقديم خبرة تنفيسية من خلال استخدام الفن كمتنفس عن المشاعر والخبرات الداخلية .

تقوية الأنا ، وذلك عن طريق تحرير الطاقة النفسية التي سبق استنفاذهافي عملية الكبت ، من خلال التنفيس عن هذه المكبوتات في العمل الفني وعودة هذه الطاقة النفسية مرة أخرى إلى الأنا ، الأمر الذي يؤدى إلى دعم الأنا وتقويتها .

تقليل الشعور بالذنب .

تنمية القدرة على التكامل والتواصل .

وتتفق سحر غانم (2004) ، فهد الفهيد (2007) على أن العلاج بالفن هو نظام يمزج بين عناصر العلاج النفسي والعمل الإبداعي عن طريق استخدام الوسائط الفنية المختلفة في أنشطة فنية تشكيلية ، ويستطيع المريض من خلالها ألتعبير والتواصل غير اللفظي والتنفيس والكشف عن اللاشعور من خلال إسقاط المشاعر والانفعالات والصراعات في المنتج الفني .

تعد " مرجريت نومبيريج M,noumbirig من أوائل العاملين في مجال العلاج بالفن ،وكانت قد أسست مدرسة للأطفال في عام 1914 عرفت بمدرسة walden واعتنت فيها بتطوير أساليب تعليمية جديدة ، كما عنيت بدراسة الرموز من خلال الفنون البدائية ، وبدأت منذ الأربعينات في وضع اللبنات الأولى للعلاج بالفن من خلال ممارستها المهنية وكتاباتها المنتظمة عن علاقة التعبير الفني بمشكلات السلوك لدى الأطفال.

يشير (عبد المطلب أمين القريطى : 1995: 242) إلى ما تناولته(مرجريت نومبيرج) Noumbirig في العلاج بالفن على أنه يعتمد في طرقه وأساليبه على ما يلي :

السماح للمواد اللاشعورية بالتعبير التلقائي من خلال الوسائط والمواد الفنية

تطور العلاقة الوثيقة بين العميل والمعالج .

تشجيع عملية التداعي الحر باستخلاص البيانات والتحليلات والتفسيرات من خلال التصميمات والرموز الناتجة والتي تشمل شكلاً من أشكال التواصل أو الكلام الرمزي Symbolic speehs بين العميل والمعالج .

تؤكد (نومبيرج) أن الناس عندما يعبرون عن مشاعرهم بالرسم يكونوا أقل حذراً وتحفظاً وأكثر انسيابية في طرد هذه المشاعر عندهم .

ويضيف عبد المطلب القريطى (1995) :إلى أن العلاج بالفن وسيلة لإسقاط مخاوف الفرد ومشاعره وإدراكاته واتجاهاته كما أنه وسيلة للتنفيس عن الضغوط والتوترات والمواد اللاشعورية المختزنة مما قد يعجز الفرد عن الإفضاء بها بالطرق المعتادة كاللغة اللفظية وأن المعالجين بالفن يهتمون بالتعبير الرمزي الذي يعكس دوافع وصراعات المريض ومشاعره الكامنة والتي لا يتاح التعبير عنها إلا من خلال مثل هذه المدلولات الرمزية والتي يمكن أن يفسرها المعالج ويشجع صاحب النشاط الفني أن يفهم ويسعى بنفسه لمدلولات هذا التعبير ، ولكشف كينونته .

ويرى كرامر Kramer(1973) أن العلاج بالفن يقوم على استخدام الأنشطة الفنية التشكيلية وتوظيفها بأسلوب منظم لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية نفسية عن طريق استخدام الوسائط والمواد الفنية الممكنة في أنشطة فردية وجماعية ، ومفيدة أو حرة وذلك وفقا لأهداف الخطة العلاجية وتطور مراحلها وأغراض كل من المعالج وحاجات العميل ذاته .

ويشير (Gardener James: 1974) إلى أن العلاج بالفن يساعد المريض على فهم مشاعر الذنب وديناميات الكبت ، لأن أفكار الإنسان في اللاشعور قد يعبر عنها في صورة فنية "فيحدث اتصال مباشر رمزي بين تلك التعبيرات الفنية والمشاعر الأساسية تجاه الموضوع الفني داخل النفس ، لأن إسقاط الصورة الداخلية في رسوم خارجية تؤدى إلى بلورة وتثبيت الخيالات والأحلام في سجل مصور ثابت يعين المريض على الملاحظة الموضوعية للتغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج الفني ومن ثم يزداد احتمال أن يحقق العلاج بالفن التقدم بسرعة كبيرة .

ويشير مصطفى حسن (1997: 340) إلى أهمية العلاج بالفن في النقاط الآتية :

أن العلاج بالفن وسيلة لإشباع الحاجات بالنسبة للمريض ، فكل الحاجات تناسب الأطفال المعوقين بوجه عام .

أن العلاج بالفن يساعد الطفل على سلوك بناء الميكانيزمات الدفاعية وأيضاً تعلم دفاعات جديدة .

يساعد العلاج بالفن على غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء علاقات اجتماعية مع الآخرين وتحقيق توافق اجتماعي وإكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في البيئة المحيطة .

تظهر أهمية العلاج بالفن في الحالات التي لا تستطيع التعبير عن نفسها لفظياً.

ويشير لويس كامل مليكه (1990: 216: 217) في القاعدة الأساسية في العلاج بالفن إلى أن إسقاط الصور الداخلية وتجسيدها في رسوم خارجية من شأنه أن يؤدى إلى بلورة التخيلات والأحلام وتثبيتها في سجل مصور ثابت يعين المريض على التحرر من قبضة الصراع ، والنظر في مشكلته بموضوعية متزايدة وعلى ملاحظة التغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج بالفن ، وإدراكها بصورة موضوعية ، ومن ثم أيضاً تقسيم التقدم العلاجي .

ويشير (عبد المطلب القريطى ،1996، 121: 122) إلى أن الأنشطة الفنية تتيح طبيعة المواد والأدوات المختلفة المستخدمة في الأنشطة الفنية إمكانية التعبير عن ذاته من خلال إنتاج أعمال من النوع المجدد والذي به يزيد من شعوره بالنجاح وإحساسه بالقدرة على الإنجاز ، وتساهم في تدريب الاستعدادات والوظائف العقلية كالملاحظة والانتباه وتساهم الأنشطة الفنية في تنمية المهارات الجسمية اليدوية والوظائف الحركية ،

وتطور فنون التوافق والتآزر الحسي والحركي ، حيث بذلك تكفل الأنشطة الفنية فرصاً كثيرة لهؤلاء الأطفال لتنمية شعورهم بالإنجاز حيث يتم من خلال العمل الفني شعور الطفل بأنه أنتج شيئاً مهماً ، ويضيف أيضاً أنها تساعد الطفل التوحدى على الإفصاح عما بداخله من خلال العمل الذي يقوم به وإنتاجه الفني مما يسهم في التنفيس عما يعانيه من انفعالات وعدم اتزان .

وتشير (إجلال سرى ، 1990) : إلى متطلبات العلاج بالفن فيما يلي :

أولاً : الزمن :

يتم تحديد زمن كل جلسة على حسب حالة الطفل ، وأيضاً يكون العلاج فردى أو جماعي أو مختصر ، ومن المهم أن تكون جلسات العلاج بالفن متصلة ومستمرة ، ويفضل أن لا تقل مدة الجلسة عن ساعة أو اثنين للجلسة الواحدة وألا يقل عدد الجلسات عن جلسة واحدة في الأسبوع

ثانياً : الأنشطة الفنية :

يقصد بذلك الأنشطة الفعلية في العلاج بالفن ، وهناك أنشطة فنية يطلب من المريض القيام بها ، وهناك أنشطة فنية حرة يترك له الخيار فيها ، ويتوقف ذلك حسب الهدف المحدد .

ثالثاً : المواد التي يجب توافرها وأهمها :

ألوان الباستيل - الفلوماستر وألوان المياه الفرش - الصلصال والورق - المقصات والأشغال الفنية والطباعة والصمغ ، وألوان متنوعة أخرى .

رابعاً : مضمون الجلسة :

يتفاوت مضمون الجلسة من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوفرة وحسب الزمن المتاح وحسب ما إذا كان العلاج فردياً أو جماعياً وحسب الهدف من العلاج .

علاج اللغة والتواصل

Language And Communication Therapy

أهمية اللغة كوسيلة إتصال :

تعتبر اللغة من أهم وسائل التواصل وعادة ما يعبر عن الصورة الذهنية للغة بأشكال متعددة منها ما هو لفظي ومنها ما هو كتابي ومنها ما يظهر على شكل إيماءات ولذا فإن أي اضطراب في اللغة يعنى اضطرابا في التواصل مما يؤدى إلى اضطرابات نفسية واجتماعية وغيرها .

والتوحد من الإعاقات التي تندرج تحت اضطرابات التواصل فمن السمات الرئيسية عند الأطفال المصابين بالتوحد عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والطفل التوحدى يعانى من صعوبة في الجهاز التواصلي التعبيري فمعظم هؤلاء الأطفال بحاجة إلى المساعدة في بداية حياتهم لتحفيز المهارات اللغوية التعبيرية لديهم ومن الواضح أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يبقون دون اتصال مع الآخرين ما لم يتم تدريبهم على وسائل الاتصال البديلة ، ومن الملاحظ أن عدد مجالات الاتصال المتوفرة لديهم عادة ما تكون محدودة مقارنة مع الأطفال الطبيعيين .

وتوضح (نوال عطية ، 1995) : أن اللغة هي مواد تعبيرية عما يجول في ذهن الفرد ، وكما يرى (ثورنديك) أنها أهم الوسائل الاجتماعية بالنسبة للفرد ووظيفتها إشباع رغباته وإتاحة الفرصة له بالتعبير عن أفكاره ومشاعره ، فهي تظهر الفكرة الكامنة في نفس الفرد للآخرين ، وبذلك فهي تتيح عملية الاتصال الاجتماعي واللغوي بين الأفراد ، وفي الواقع فاللغة ضرورية لحفظ بقاء الكائن الحي ولاستمرار الحياة ، فاللغة هي الوسيلة الحيوية والفعالة التي تعين الطفل على التعبير عن رغباته ، فالطفل إذ يبدأ الاستجابة للأشياء يبدأها بالإشارة ثم يتعلم الاستجابات اللفظية بالتدريج حتى ينطق اللفظة الخاصة بالشيء وبعدها تصبح لديه القدرة على استعمال جملة بدلاً من الكلمات وكلما زادت حصيلته اللغوية استطاع أن يستخدم رموز حديثة واستطاع أن يستخدم الألفاظ المحددة وأن يتعامل بها .

وتشير (زينب شقير ، 2000) : إلى أن اللغة ما هي إلا رموز عامة يشترك فيها الجميع ويتفقون على دلالتها ويمثل سيادة الرمز الاجتماعي ارتقاء اللغة أي أنه يحقق قدراً من قبول الذات وقبول الآخرين ، وإذا قل هذا القدر من القبول عن حد معين اضطربت عملية التواصل بين الفرد والآخرين بل وبين الفرد ونفسه أيضاً .

ولقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية وجود برامج علاجية لغوية تعمل على تنمية التواصل اللغوي لدى الأطفال التوحديين ، وأوضحت هذه الدراسات على أن الخطوة الأولى في تعلم كيفية تدريس مهارات الاتصال للأطفال التوحديين هي إدراك أن اللحظة التي يريد فيها الطفل شيئاً هي اللحظةالتي تكون فيها نافذة الوصول إلى تعلم اللغة سريعة .

وتوجد طرق مختلفة للتدخل لتعديل وعلاج مشكلة الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين منها :

- إنقاص كم اللغة المنطوقة : وتعنى استخدام كلمة واحدة أو جملاً قصيرة للغاية عند التحدث مع هؤلاء الأطفال التوحديين .

ومن أهم ما يميز هذا الأسلوب ما يلي :

أنه يزيد من مستوى تفاعل الأطفال مع بيئاتهم .

يزيد من نمو الأطفال في مستوى اتصالهم التلقائي بالآخرين .

الجمل القصيرة باستخدام الصور تساعد الأطفال التوحديين على فهم ما يقال بطريقة أسهل .

وضع الكلمات المفردة وضعاً مضبوطاً في أكثر المواقف مناسبة ونعنى بذلك عند تعليم الأطفال التوحديين كلمة (تفاحة) مثلاً فتأخذ من موقف أنه جوعان ويريد تفاحة .

لابد من استخدام الوقفات الطويلة ، بمعنى أنه يجب عند الاتصال استخدام الوقفات في اللحظات الحرجة فمثلاً إذا كان الطفل على وشك في فتح كيس شيبسي فتقف المدرسة بجانبه دون قول أي كلمة وتنتظر منه الانتباه من هذا الفعل وتستخدم وقفات مابين (5- 10) دقائق ومن هنا يحاول الطفل أن يجد وسيلة لإعادة الاتصال ثانياً مع نفسه ، وتلك اللحظة تعلم وتقول المعلمة الكلمة المراد تعليمها له – تفادى استخدام الأسئلة لأن هذا الأسلوب ينقص من قدرة الأطفال التوحديين على التجاوب التلقائي .

تأخير تطبيق المحادثة حيث يتعلم الطفل التوحدى مهمات جديدة وتعنى بذلك انه يجب أن نجعل الطفل يركز أولاً في الموقف الجديد الذي يتعلمه ثم التدريب عليه بعد التأكد من فهمه له. (Potter C & Whittarek c, 1999) .

طرق تعليم الأطفال التوحديـــين مهارات الإتصال اللغوى :

التحدث إلى الطفل وفقاً لعمره الزمنى :

الأطفال التوحديون الذين يتعرضون إلى لغة من المحيطين بهم من الصعب عليهم فهمها حيث يتحدثون إليهم بصوت عالي وبدون انتظار استجابة من الطفل فبالتالي لا يفهم الطفل ما يقال له ولا يستطيع حل رموز الشفرة التي يتكلمون بها إذن لابد من التدخل لحل هذه المشكلة ، وذلك بطريق التحدث إلى الطفل التوحدى وفقاً لعمره اللغوي وليس عمه الزمني (Brad S, 1998,pp: 62-66)

استخدام الإيماءات الطبيعية لتحسين إشارات الاتصال :

الأطفال التوحديين لديهم مشاكل في فهم ما تشير إليه الإيماءات ولذلك فإن استخدام الإيماءات للتواصل تعد لغة بصرية ثانية إلى جانب اللغة الشفهيةلا يعانى الأطفال التوحديين من صعوبة في تتبع الإشارات لذا يجب أن يتضمن الاتصال الكثير من الإشارات التي تستدعى انتباه الطفل لأهمية التواصل ومن ثم نقول أن لغة الإشارات من البدائل أو المدعمات للغة الكلام .

أهمية لغة الإشارة للطفل التوحدى :

تفيد الأطفال الذين يظلوا بكماً أي لا أمل في كلامهم .

تقدم لغة مدعمة للغة الكلام تساعد هؤلاء الأطفال على إدراك الاتصال .

تساعد لغة الإشارة هؤلاء الأطفال على إقامة حوار مع الآخرين. (Jordan r,&powell,s1995,pp52:69)

وقد أكد Olivew على أنه لو تم تعليم الأطفال التوحديين طرق بديلة لتوصيل نفس الرسالة سواء عن طريق حركات الجسم والإيماءات والإشارات فإن هذه الأساليب تعمل على زيادة الاتصال لدى هؤلاء الأطفال مع المحيطين بهم (Olivew,1995,pp909:928)

استخدام لوحات الاتصال :

لقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية استخدامها للوحات الإتصال أي المعلومة تكون في صورة مرئية مثل دراسة Mac-Duff التي أكدت على أن تقديم المعلومة في صورة مرئية مثل الصور الفوتوغرافية أو أي صور أخرى تكون أكثر فاعلية في تنمية الاتصال لدى الأطفال التوحديين (Macduffy,1993,pp89:97) .

وتعتبر لوحات الاتصال من أهم الوسائل في تعليم المهارات الاتصالية ، وهى ببساطة صور للأشياء اليومية التي يقابلها الطفل ويرغب فيها والغرض من لوحة الاتصال هي جعل الطفل يشير إلى ما يريده عن طريق لمس صورة الشيء وبهذه الطريقة يبدأ الطفل في تكون فكرة أن هناك رموز للأشياء

(Leung.J.,1994,pp21:31).

ولكن متى نستخدم لوحات الاتصال ؟

تتطلب لوحات الاتصال دقة حركية أقل ، وبراعة ومحاكاة أقل ، ولذا فإنها تكون مفيدة للغاية مع الأطفال الصغار الذي لا يزال تطورهم الحركي ومهاراتهم على التقليد محدودة ، فالأطفال التوحديين لديهم مشكلة وهى أن تطور قدرات إدراكهم البصري تتجه إلى التقدم على تطورهم اللغوي فمثلاً العديد منهم يتعرف على الأشياء ويفهم وظيفتها ، ولكن ليس عنه أي لقب لفظي لها ، لذلك عندما يريد الطفل التوحدى شيئاً نجده قد يبكى وتنتابه نوبة غضب لأنه يريد شيئاً ما لكنهلا يستطيع توصيل ما يريده للمحيطين به لذا فتقديم لوحة الاتصال في هذه المرحلة ذو أهمية بالغة لهذه النوعية من الأطفال لأنها تمكنهم من الحصول على ما يريدونه بسرعة ودون التعرض لنوبات غضب (Siegl.B 1996,pp254:270)

تشجيع الإنتاج الصوتي المبكر :

وذلك عن طريق استخدام التغذية الراجعة عندما يصدر الطفل التوحدى أصواتاً عند انشغال بلعبة معينة ويجب تشجيع هذه الأصوات حتى إذا كانت غير كلامية مثل تقليد أصوات الحيوانات ، المكانس الكهربائية ، السيارات ...الخ ، ولذا يجب تدريب الطفل التوحدى على تنمية مهارات التقليد والتي تكون من البيانات الأولى فئ تعلم مهارات التواصل اللغوي .

زيادة الوعي الشفهي - الحركي :

يحتاج الأطفال التوحديون إلى المساعدة على تطوير وعى أفضل شفهي حركي وهذا يعنى أن الطفل التوحدى لا يعي مقدار تحكمه في عضلات فمه لإصدار الأصوات المختلفة فيجب وضع أنشطة مختلفة لزيادة هذا الوعي مثل نفخ الفقاعات ، إطفاء الشموع ، إخراج اللمسات بطرق معينة ، جعل الطفل يراقب تحرك فمه في المرأة ..الخ وهذه الأنشطة يقوم بها الآباء في المنزل والمدرسين في المدرسة

(Potter.Ca&Whittaker,1997,pp177:93)

تحسين المهارات اللغوية الأكثر تطوراً:

قد تحدث قفزة كبيرة في التطور اللغوي لهؤلاء الأطفال عندما يبدأ الطفل التوحدى في فهم كلمات لها معنى مادي أمامه ، فعادة تكون أول الكلمات التي يكتسبها الطفل التوحدى أسماء – أشياء ، ثم نجعله يعرف كيفية التصنيف للحروف والأرقام باستخدام الصور والإشارات ، وأيضاً تعليم الطفل العلاقات مثل (كبير – صغير – الأول – الأخير) أيضاً المضادات مثل (فوق – تحت – داخل – خارج) وذلك من خلال أفعال مادية أمام الطفل ، كما يمكن تعليم الطفل التوحدى بعض المهارات اللغوية مثل التعرف وذلك من خلال الأنشطة التي تميل إلى وضع مواد تدريبية لتدريب الطفل على التعرف مثلاً على (القطة وإخراجها من بين حيوانين) وأيضاً يمكن تعليم الطفل القدرة على الفهم من خلال التدريب على استخراج السخافات في الصور وتعريفه متى نقول لا ومتى نقول نعم وهكذا.

وبمجرد وصول الطفل إلى مرحلة تعدد الكلمات واستخدام أجزاء متعددة من الحديث يمكن تعليم الطفل مهارات الإعداد للقراءة والكتابة ثم القراءة والكتابة في المرحلة التالية (Twach,D 1995,pp 133: 162).

المراجع

أولاً / المراجع العربية :

إبراهيم الزريقات (2004) : التوحد ، الخصائص والعلاج ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.

إبراهيم القريونى ، غانم البسطامى (1995) : مبادئ التأهل ، مقدمة في تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة ، الكويت ، مكتبة الفلاح .

إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى :(2012) :مدخل إلى اضطرابات التوحد، ط 1 ، دار الزهراء ، الرياض .

إبراهيم عبد الفتاح الغنيمى (2010) : استخدام القصص الاجتماعي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الأوتيزم ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنها .

إبراهيم محمود بدر (2004) : الطفل التوحدى تشخيص وعلاج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

إجلال محمد سرى (1990) : علم النفس العلاجي ، دار عالم الكتب ، القاهرة .

إجلال محمد سرى (2000) : علم النفس العلاجي ، ط2 ، القاهرة ، عالم الكتاب.

أحلام رجب عبد الغفار (2003) : تربية المعاقين ذهنياً، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

أحمد عباس عبد الله (2000) : إشكالية التشخيص في علاج التوحد ، ندوة الإعاقات النمائية البحرين ، جامعة الخليج العربي .

أحمد فهمى عكاشة (2000) : علم النفس الفسيولوجي ، ط5 ، القاهرة ،دار المعارف .

أحمد فهمي عكاشة (1998) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد فهمي عكاشة (1992) : الطب النفسي المعاصر(ط 8) ، القاهرة، الأنجلو المصرية.

أحمد فهمي عكاشة (2003) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، الأنجلو المصرية .

أحمد فهمي السحيمى (2011) : تشخيص وعلاج الطفل التوحدى والطفل العنيف ، القاهرة دار السحاب للنشر والتوزيع .

أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود (2002) : التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسة التشخيص والتحسين" مجلة كلية التربية وعلم النفس ، العدد السادس والعشرون ، الجزء الثاني .

إسماعيل محمد بدر (1997) :مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوى التوحد ، المؤتمر الدولى الرابع للإرشاد النفسي (2-4)ديسمبر مج2 ، 727 - 758 .

أشرف محمد عبد الغنى شريت(2009) : الطفل المعاق عقلياً " سلوكه . مخاوفه" الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية .

السيد عبد الحميد سليمان (2003) : سيكولوجية اللغة والطفل ، ط 11، القاهرة ، دار الفكر العربي .

إلهامي عبد العزيز إمام (1999) :الذاتوية لدى الأطفال ، مراجعة نقدية ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة .

إلهامي عبد العزيز إمام (2001) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة بدون دار نشر .

آمال عبد السميع باظة (2009) : سيكولوجية غير العاديين"ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السميع باظة (2002) : سيكولوجية غير العاديين"ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السلام باظة (2003) : استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السلام باظة (2001) : تشخيص غير العاديين ، ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السميع باظة (2007) : سيكولوجية غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة)القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

أموال عبد الكريم (1994) : فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوكفي اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً ،رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

أنور محمد الشرقاوي (1991) : التعلم نظريات وتطبيقات ، ط 4 ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

إياد نايف نمر (2005) :فاعلية استخدام مشروع ماكتون في تنمية المفردات اللغوية المرحلة الأولى) لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، الجامعة الأردنية ، عمان (رسالة ماجستير غير منشورة) .

جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي (1988) : معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي (1988) : معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الخامس ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

جمال القسام،ماجد عبيد،عماد الزغبى (2000) : الاضطرابات السلوكية ، عمان دار صفاء للنشر والتوزيع .

جوزيف ف. ريزو وروبرت د. زابل (ترجمة عبد العزيز الشخص ، زيدان أحمد السرطاوى (1999- أ) تربية الأطفال والمراهقين .

جودمان سكوت (2002) : التدريب الرياضي لذوى الاحتياجات الخاصة – المبادئ الأساسية : ترجمة عبد الحميد الممطر ، الرياض ، مجلس التعاون لدول الخليج .

جودت عبد الهادي وسعيد حسنى العزة (2002) : تعديل السلوك الإنساني ، عمان ، الدار العلمية الدولية .

جوديث جولد (1997) : تغطية شاملة لفعاليات مؤتمر الكويت للتوحد وضعف التواصل، مركز الكويت للتوحد ، محاضرات اليوم الثاني .

حامد عبد السلام زهران(1998) : علم نفس النمو ومشكلات الطفولة والمراهقة الطبعة الخامسة ، القاهرة ، عالم الكتاب .

حامد عبد السلام زهران (2005) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط4، القاهرة ، عالم الكتب .

حسام إسماعيل هيبة (1997) : سيكولوجية غير العاديين ، الإعاقة العقلية الحسية القاهرة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

حسن مصطفى عبد العاطي (2003) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب – التشخيص – العلاج) ، القاهرة ، دار النهضة .

حسنى إحسان حلواني (1996) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .

حسين على فايد (2004) : علم النفس المرضى (السيكوباثولوجى) ، الإسكندرية مؤسسة حورس الدولية .

حمدي شاكر محمود (1998) : مقدمة في التربية الخاصة (معايير النمو – أدوات التشخيص – برامج التعلم – فنيات الإرشاد)، الرياض ،دار الخريجين للنشر .

حنان العناني (2002) : اللعب عند الأطفال ،الأسس النظرية والتطبيقية ، الأردن ، عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

حنان حسن نشأت (1994) : أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي ، دراسة تجريبية ، رسالة ماجستير ،كلية الآداب ، عين شمس .

حياة المؤيد (1996) : بناء وتقويم برنامج لتعديل سلوك مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع البحريني " دراسة تجريبية " ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية البنات جامعة عين شمس .

ربيع شكري سلامة (2005) : التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء، القاهرة، دار النهار .

رشاد على عبد العزيز موسى (2002) : علم النفس الإعاقة ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

رضا عبد الستار كشك (2007) : فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه،كلية التربية الزقازيق.

رفاه جمال لمفون (2010) : تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوى اضطراب التوحد (رسالة ماجستير غير منشورة) مكة المكرمة،جامعة أم القرى ، قسم علم النفس .

رفعت محمود بهجات (2007) : الأطفال التوحديين جوانب النمو وطرق التدريب،القاهرة ، عالم الكتاب .

رمضان محمد القذافي (1994) : سيكولوجية الإعاقة ، طرابلس الدار العربية للكتاب.

ـــــــــــــــــــــــــ (1993) : سيكولوجية الإعاقة ، الجامعة المفتوحة ، الجماهيرية العربية الليبية ، الطبعة الثانية .

زكريا الشربيني (2004) : طفل خاص بين الإعاقة والمتلازمات- تعريف وتشخيص ،دار الفكر العربي ، القاهرة .

زينب محمد موسى (2005) : فعالية برنامج للعب الموجه في تنمية بعض جوانب النمو العقلي المعرفي لدى أطفال الروضة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية جامعة عين شمس .

زينب محمود شقير(2000) : اضطرابات اللغة والتواصل ،النهضة المصرية،القاهرة

زينب محمود شقير (2004) : نداء من الابن المعاق ، المجلد الأول ط1، القاهرة ،مكتبة النهضة المصرية .

سامي بن جمعة (1993) : رعاية الأطفال المعاقين في مركز بن سينا بصفاقص، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر، القاهرة،

سامر الحسانى (2005) : فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان،الأردن .

سحر محمد على غانم (2004) : دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير ، كلية رياض الأطفال ، جامعة الإسكندرية .

سعيد حسن العزة (2001) : التربية الخاصة لذوى الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان ،الأردن ، دار البازورى للنشر والتوزيع .

سليمان عبد الواحد يوسف (2010) : اضطرابات النطق والكلام واللغة لدى المعوقين عقليا والتوحديين ،ط1، القاهرة ، ايتراك للطباعة والنشر .

سليمان الريحاني (1985) : التخلف العقلي ، الطبعة الثانية ، عمان الأردن، المؤتمر الثاني للإرشاد النفسي .

سميرة عبد اللطيف السعد (1992) : معاناتي والتوحد- الطبعة الأولى،الشويخ،الكويت.

سميرة عبد اللطيف السعد (1998) : برنامج متكامل لخدمات إعاقة التوحد في الوطن العربي ، المؤتمر القومي السابع لإتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة ، 185 – 240 .

سميرة على جعفر (1992) : تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب،رسالة دكتوراه،معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .

سها أحمد أمين (2001) : مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه غير منشورة،معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس .

سها أحمد أمين (2002) : الاتصال اللغوي للطفل التوحدى التشخيص، البرامج العلاجية القاهرة ، دار الفكر للطباعة والتوزيع .

سهير كامل أحمد (1998) :سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة،مركز الإسكندرية للكتاب

سهير محمد سلامة شاش (2001) : فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في حفظ الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية. جامعة الزقازيق

سهير محمود أمين (2000) : اللجلجة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

سوسن شاكر الحلبي (2005) : التوحد الطفولى (أسبابه- خصائصه- تشخيصه- علاجه)سوريا، دمشق ، مؤسسة علاء الدين للطباعة والنشر والتوزيع .

شاكر عطية قنديل (2000-أ) : إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها، المؤتمر السنوي لكلية التربية بالمنصورة(نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة) ، جامعة المنصورة ، أبريل ، 47 – 98 .

شاكر عطية قنديل (2000- ب) : برامج رعاية المعاقين، كلية التربية، جامعة المنصورة.

صبحي عبد الفتاح (1992):تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعي باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية ، رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة طنطا .

صبره محمد على وأشرقت عبد الغنى شربت (2004) : الصحة النفسية والتوافق النفسي الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

صلاح الدين عراقي محمد (2006) : برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة حياة أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة ، مجلة كلية التربية ، جامعة بنها .

طارق مسلم الثمرى ، زيدان أحمد السرطاوى (2002) : صدق وثبات الصورة العربية بمقياس تقدير التوحد الطفولى ، مجلة أكاديمية التربية الخاصة ، العدد الأول الرياض ، المملكة العربية السعودية .

عادل عبد الله محمد (2002- أ) : الأطفال التوحديين ، دراسات تشخيصية وبرامجية ، القاهرة ، دار الرشاد .

عادل عبد الله محمد (2002- ب) : فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض الآداب ، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد (7) ، جامعة المنوفية .

عادل عبد الله محمد (2003) : جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين ، وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً ، القاهرة ، دار الرشاد .

عادل عبد الله محمد (2004- أ) : الإعاقة العقلية ، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، دار الرشاد .

عادل عبد الله محمد (2004- ب) : الإعاقة العقلية ، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، دار النشر .

عادل عبد الله محمد (2005) : سيكولوجية الموهبة ،القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع

عادل عبد الله محمد(2008- أ):مقياس الطفل التوحدى،القاهرة ،دار الرشاد للنشر والتوزيع

عادل عبد الله محمد (2008- ب) : العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين، القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع .

عادل عبد الله محمد (2000) : العلاج المعرفي السلوكي،أسس وتطبيقات ، القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع.

عاطف حامد زغلول (2004) : الاتجاهات الحديث في مناهج الأطفال المعاقين عقلياً(القابلين للتعلم) ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة ، جامعة المنصورة ، تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي – الواقع والمستقبل، في الفترة من 24- 25 مارس ،1، 231- 265 .

عبد الحميد عبد المجيد حكيم (1999) : موقف الفكر الإسلامي من ذوى الحاجات الخاصة ، الدورة الأولية لتأهيل معلمي المعاقين تخصص التربية الرياضية ، مكة المكرمة ، كلية المعلمين ، جامعة أم القرى .

عبد الرحمن سيد سليمان (2000) : الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

عبد الرحمن سيد سليمان (2001) : إعاقة التوحد ، ط2، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

عبد الرحمن سيد سليمان ، سميرة محمد شندى ، إيمان فوزي سعيد (2004- ب) : الطفل التوحدى ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (2001) : الطفل التوحدى (الذاتوى الإجترارى) ، القياس والتشخيص الفارق ، المؤتمر الدولي السادس ، مركز الإرشاد النفسى ، 10- 12 نوفمبر ، جامعة عين شمس .

ـــــــــــــــــــــــــــــــ (1999) : الطفل التوحدى : القياس والتشخيص الفارق ، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس من 10- 11/12 ، 227-245 .

عبد الرحمن محمد العيسوي (2005) : الانطواء النفسي والإجتماعى ،ط1، بيروت ، دار النهضة العربية .

عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (2005) : علم النفس الإكلينيكي(في ميدان الطب النفسي) ط2 ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد العزيز السيد الشخص،عبد الغفار الدماطى (1992): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .

زيدان السرطاوى (1994) : تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً(النظرية والتطبيق) ، الجزء الأول ، الإمارات العربية المتحدة ، العين ،دار الكتاب الجامعي .

زيدان السرطاوى (2003) : دورة تدريبية في التوحد الطفولى ، في الفترة من 7/ 10 إلى 11/8 / 2003 مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس .

عبد الله محمد الصبى (2002) : التوحد وطيف التوحد ،ط1، الرياض، دار الزهراء .

ـــــــــــــــــــــــ (2003) : اضطرابات التوحد وطيف التوحد : أسبابه ،أعراضه، كيفية التعامل معه، سلسلة التوعية الصحية (3) الرياض .

عبد العظيم شحاتة (1990):التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً، القاهرة، النهضة المصرية.

عبد العظيم شحاتة (1993):التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً،القاهرة ، النهضة المصرية.

عبد الفتاح عبد المجيد الشريف(2007) : التربية الخاصة في البيت والمدرسة، القاهرة ،مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد اللطيف مرسى عثمان (1989) : التخلف العقلي (الوقاية – العلاج)، القاهرة ، دار انترناشيونال بلس للنشر .

عبد الله سكر (2005) : الاضطرابات النفسية للأطفال ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية

عبد المجيد منصور وآخرون (2003) : علم النفس الطفولى ، الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامي ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المجيد عبد الرحيم (2007) : تنمية قدرات الأطفال المعاقين ، القاهرة ، دار غريب للنشر والتوزيع .

عبد المجيد سيد أحمد منصور ، زكريا أحمد الشربيني، يسرية صادق (2003): موسوعة تنمية الطفل "الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية – الأسباب وطرق العلاج " الجزء الأول ، الطفل العادي ، القاهرة ، دار قباء للتوزيع والنشر .

عبد المطلب أمين القريطى (1995) : مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال، القاهرة،دار المعارف للنشر والتوزيع .

عبد المطلب أمين القريطى (1996) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المطلب أمين القريطى (2005) :سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المطلب أمين القريطى (1996) : الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المنان ملا معمور (1997) : فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ، 2-4/ 12، (1) 437-460 .

عبد المنصف رشوان (2005) : العلاج السلوكي ، ط2، الرياض، العبيكان .

عبد المنعم الحفنى (1978) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة، مكتبة مدبولي .

عثمان لبيب فراج (1994) : إعاقة التوحد أو الإجترار – خواصها وتشخيصها، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،النشرة الدورية ، (ديسمبر)،ع 40 ،2- 8

- عثمان لبيب فراج (2000) : من إعاقات النمو الشاملة متلازمة ريت ، اتحاد رعايةالفئات الخاصة والمعوقين ، العدد 62، السنة السابعة عشر ص- ص 2-13 .

عثمان لبيب فراج (2002- أ) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها،تصنيفها، أعراضها ، تشخيصها ، أسبابها ، التدخل العلاجي " المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة .

عثمان لبيب فراج (2002- ب) : برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد (5) النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة ، العدد(72) ، 2- 13 .

عثمان لبيب فراج (2003) : العوامل المسببة لإعاقة التوحد ، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، العدد(73) ، السنة التاسعة عشر ، مارس ، 2- 20 .

ـــــــــــــــــــــــــــ (1996) : سيكولوجية التوحد أو الإجترار ، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة .

عزة خليل عبد الفتاح (1990) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات – دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة ،رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ،جامعة عين شمس .

عزة محمد سليمان ممدوح(1997):مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

عفاف أحمد فراج ، نهى مصطفى حسن (2004) : الفن لذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عصام محمد زيدان (2004) : الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال .

علا عبد الباقي إبراهيم (1993) : برنامج تدريبي للأطفال ذوى الإعاقة العقلية ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة – الكتيب الأول ، القاهرة ، مكتبة الطوبجى التجارية .

علا عبد الباقي إبراهيم (1993) : برنامج تدريبي للأطفال ذوى الإعاقات العقلية،كلية التربية ، جامعة عين شمس .

علا عبد الباقي إبراهيم (2011) : اضطراب التوحد "الأوتيزم" ط1 القاهرة،عالم الكتاب .

علاء الدين كفافى (2001) : تشخيص الاضطراب الإجترارى ، مجلة علم النفس ، العدد 59 ، السنة الخامسة عشر ، سبتمبر، 6- 15 .

عمر بن الخطاب خليل (1994) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق،القاهرة،إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ع 49 ، السنة الرابعة عشر .

عمر بن الخطاب (2001) : الأساليب الفعالة في علاج التوحد ، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، العدد التاسع ، مايو ، 57- 66 .

ـــــــــــــــــ (1991) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه التوحدية ، مجلة الدراسات النفسية ، يوليو .

عوض بن مبارك سعد اليامى (2001- أ): علاج أطفال التوحد من خلال الفن التشكيلي ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود .

عوض بن مبارك سعد اليامى (2001- ب): مفهوم العلاج بالفن التشكيلي ، كلية التربية جامعة الملك سعود .

عوض بن مبارك سعد اليامى (2004- أ): الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي . مجلة علم النفس ، القاهرة ،الهيئة المصرية للكتاب ،ع4 ، السنة الرابعة عشر .

فاروق فارع الروسان (1998) : أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان ، الأردن ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

فاروق فارع الروسان (1998) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة ،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .

فاروق محمد صادق (2003) : "تنوع حالات التوحد في ضوء التشخيص" دورة تدريبية في الفترة من 7 /10 إلى 8 / 11 / 2003 بمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس .

فاروق محمد صادق (1982): سيكولوجية التخلف العقلي ، الرياض ، مطبوعات جامعة الرياض .

فاروق محمد صادق (1998) : الإعاقة العقلية في مجال الأسرة ، الحياة الطبيعية حق للمعوق ، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين،النشرة الدورية،(55)49-57 .

فايزه إبراهيم الجيزاوى (2008) : فعالية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .

فتحى السيد عبد الرحيم (1990): سيكولوجية الأطفال غير العاديين ط4 ، ج2 ، الكويت دار القلم .

فريدة عبد الغنى السماحى (1988) : دراسة مقارنة لأثر كل من العلاج باللعب والعلاج النفسي الجماعي وبرنامج التدعيم الاجتماعي على سلوك وديناميات الأطفال الاكتئابيين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة طنطا .

فهد بن سلمان الفهيد (2007): دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل إصابات ذوى العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة الملك سعود.

فهد محمد المغلوث (2005) : كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد ، الرياض .

فوزية دياب (1995) : نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

فيوليت فؤاد إبراهيم (1992):"مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري (المجلد الثاني) .

كريمان بدير (2004) : الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، عالم الكتاب .

كريستين مايلز(1994):(دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً) تقديم البرفسير بيتر ميتلر، ترجمة : عفيف الرزاز بمشاركة من محمود المصري ومؤنس عبد الوهاب وفادية الملا ، لبنان، ورشة الموارد العربية والرعاية الصحية وتنمية المجتمع

كريستين نصار، جانيت يونس(2009) : التوحد ، ط1، بيروت، المطبوعات للتوزيع والنشر

كمال إبراهيم مرسى (1996): مرجع في علم التخلف العقلي ، ط1، الكويت،دار القلم.

كمال إبراهيم مرسى (1997): مرجع في علم التخلف العقلي،ط2،دار النشر للجامعات القاهرة .

كمال إبراهيم مرسى (2000) : مرجع في التخلف العقلي،دار النشر،للجامعات،القاهرة.

كمال سالم سيسالم (1998) : الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين ، تقديم فاروق محمد صادق ، الرياض ، مكتبة الصفحات الذهبية .

ـــــــــــــــــ (2002) : موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي ، ط1، العين ، الإمارات العربية المتحدة ، دار الكتاب الجامعي . كوهين ، سايمون وبولتون، باتريك، ترجمة عبد اله إبراهيم (2000) : حقائق عن التوحد الرياض، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة . الجزء الثاني ،ط4، الكويت،دار القلم

لويس كامل مليكه (1990): دراسة الشخصية عن طريق الرسم ، ط6 ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

لويس كامل مليكه (1998): الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية ، القاهرة، مكتبة النهضة العربية .

لورنا وينج ، ترجمة هناء المسلم (1994) "الأطفال التوحديين" مرشد للآباء ، كونستال لندن .

لينا نمر بن صديق (2005) : فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي ، الجامعة الأردنية عمان ، رسالة ماجستير غير منشورة .

ماجد السيد عمارة (2005): إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق .

مجدي فتحي غزال (2007): فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، رسالة دكتوراه ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية .

محمد إبراهيم عبد المجيد (2003) : الطفل الذاتوى برنامج تنموي لبعض المهارات القاهرة ، دار الفكر العربي ،

محمد أحمد خطاب (2005) : سيكولوجية الطفل التوحدى ، تعريفها ، تشخيصها ، أعرضها ، أسبابها ، التدخل العلاجي ، عمان ، دار الثقافة .

محمد السعيد أبو حلاوة (2007) : المرجع في اضطراب التوحد التشخيصي والعلاج كلية التربية بدمنهور ، جامعة الإسكندرية .

محمد السعيد أبو حلاوة (2006) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

محمد السيد عبد الرحمن(2000- ب): التوحد ، المفهوم ، التعليم ، التدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين ، الرياض ، دار عالم الكتاب للطباعة والنشر .

محمد بن عبد العزيز الفوزان (2000) : "التوحد / المفهوم-التعليم -التدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين" الرياض ، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع .

محمد حسيب الدفراوى (1993) : الخدمات التي تقدم للطفل الأوتيستك في مصر ، ورشة عمل عن الأوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتي (102- 107) .

محمد حماد هندي (2002) : نظام تضمين التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام مفهومه ، ومبرراته ، ومميزاته ، وعوامل نجاحه، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين ، تحيات الواقع وآفاق المستقبل،كلية التربية، جامعة المنيا ، في القاهرة من 7- 8 مايو ،101 – 140 .

محمد جواد الحاضر(2008): فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه،التربية.الزقازيق

محمد سيد مرسى (2007) : اضطراب التوحد، ط1،القاهرة،مكتبةالأنجلو المصرية .

محمد سيد مرسى (2013) : فعالية برنامج تدريبي باستخدام الكومبيوترفي تنمية بعض مهارات اللعب للأطفال التوحديين ،رسالة دكتوراه في الفلسفة، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ.

محمد شعلان (1979): الاضطرابات النفسية في الأطفال،ج2، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية .

محمد شوقي عبد المنعم (2004) : فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم)، رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية ،جامعة طنطا فرع كفر الشيخ.

محمد شوقي عبد المنعم عبد السلام (2014) : فعالية كل من برنامج سلوكي تدريبي وبرنامج لعب موجه في تخفيف اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين رسالة دكتوراه في الفلسفة ، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .

محمد صبري وهبة(2004) : الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج الحسي ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة،24- 25/ 3 المجلد الثاني ، 1043- 1051 .

محمد عبد الرازق هويدى (2000) : طيف اضطراب التوحد ، ندوة الإعاقات النمائية البحرين ، جامعة الخليج العربي .

محمد على كامل مصطفى(1998):من هم ذوى الأوتيزم، القاهرة، مكتبة النهضة .

محمد قاسم عبد الله (2001) :الطفل التوحدى أو الذاتولى،الإنطواء حول الذات ومعالجته(اتجاهات حديثة) ، عمان ، دار الفكر العربي .

محمد كمال أبو الفتوح (2009) : فعالية برنامج تدريبي في تحسين الكلام . محمد محروس الشناوي (1997): التخلف العقلي (الأسباب – التشخيص – البرامج – القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر .

محمد مقداد وآخرون(2008): إعداد معلمي التلاميذ العاديين للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء أساليب الدمج ، محرر في :محمد مقداد،وليد كمال القفاص،عصام توفيق قمر، محمد أرزقى بركات ، إنتصار محمد على، على لويس، زكية شنه، دلال جغبوب، وسمية صالحى(2008):رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين المج والعزل،القاهرة ،المكتب الجامعي الحديث .

محمود عبد الرحمن حمودة (1991) : النفس أسرارها وأمراضها ، ط2،القاهرة، دار المعارف.

محمود عبد الرحمن حمودة (1998) : الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج القاهرة ، بدون دار نشر .

محمود عبد الرحمن حمودة (1991) : الطب النفسي، الطفولة والمراهقة ، المشكلات النفسية والعلاج ، منشور بواسطة المؤلف ، القاهرة .

محمود عبد الرحمن حمودة (1998) : النفس أسرارها وأمراضها،القاهرة، مكتبة الفجالة.

محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي (2014) : تخفيف حدة الخوف المرضى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ،دسوق ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

محمد عز الدين(2001) : التوحد مرض محير يهدد أطفال الخليج،مجلة نصف الدنيا، القاهرة ، مؤسسة الأهرام .

محمد على كامل(1998): من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج، القاهرة، دار النهضة المصرية .

محمد على فتيحة (2001): "معاً نتواصل لحياة أفضل " حلقة نقاشية حول التوحد الإمارات العربية المتحدة ، الشارقة، في الفترة من 5- 7 يونيو 2001.

محمود على محمد (2004): تدريب التوحديين في نطاق الأسرة ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة،جامعة المنصورة،(المجلد الثاني) 24- 3/25 .

محمود عنان (1998) : رعاية الطفل المعوق ،القاهرة، سلسلة سفير التربوية.

مدحت عبد الحميد أبو زيد (2002): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية وبروتوكولات تحليلية وسلوكية معرفية،ط2، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

مصطفى محمد عبد العزيز (1997) : التربية الفنية للفئات الخاصة ، القاهرة، الأنجلو .

مها أبو العز (2006) : العلاج بالرسم أسلوب علاجي ناجح مع الأطفال التوحديين ، القاهرة ، مركز أسرتي مبدعة .

نادر فهمي الزيود (1995) : تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ،الأردن ،عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

نادية إبراهيم أبو السعود (1997):الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية،رسالة ماجستير غير منشورة ،معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس

نادية إبراهيم أبو السعود(2002) : فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم ، رسالة دكتوراه معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس .

نادية إبراهيم أبو السعود (2000) : الطفل التوحدى في الأسرة،الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر .

__________ (1998) : الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة،عين شمس.

نادية أديب (1993) : الأطفال التوحديون (الأوتيستك)وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتى كاريتاس مصر . ديسمبر 93 .

ندى ناصف، سمر حيدر (2008) : (تعالى لنلعب) ، دليل التواصل بين الأهل والطفل الذي يعانى من التوحد ،الجمعية اللبنانية للأوتيزم (التوحد).

نعمة مصطفى رقبان (2006) : المهارات الحياتية وتأهيل المعوقين ، ورقة مقدمة في الملتقى الثالث للمهارات الحياتية تحت شعار"صحتك بين يديك" الذي تقيمه إدارة الأنشطة الفنية والثقافية بوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات ، الأربعاء 8/ 2/ 2006 – مسرح الوزارة .

نوال عطية (1995) : علم النفس اللغوي ، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ط3 .

نيفين زيور (1988) : الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق ، بدون ناشر .

نهلة غندور (2000) : كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدى ، الرياض ، مجلة عالم الإعاقة ، السنة الثالثة ، العدد (17) .

هالة فؤاد كمال الدين (2001) : تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي.

هدى أمين عبد العزيز (1999) : الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ،قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .

هشام عبد الرحمن الخولى (2004) : فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوى الأوتيزم ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، مج2 ، ع33 ،ص 208- 238. 1.

هشام عبد الرحمن الخولى (2008) :الأوتيزم،الإيجابية الصامتة، إستراتيجيات لتحسين الأطفال الأوتيزم، بنها الجديدة، دار المصطفى للطباعة .

هدى محمود الناشف (2004) : " خفايا التوحد ،أشكاله وأسبابه وتشخيصه ، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر .

وفاء على الشامي (2004) : سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها ، جدة ، مركز جدة للتوحد .

وليام كرين (1996) : نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات ، ترجمة (محمد الأنصارى) ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية .

وليام كرين ، ترجمة محمد الأنصارى (2002) : دراسة حالة في العلاج بالتحليل النفسي (بتلهايم والتوحد) ، مجلة الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ع(25)م (1) .

وليد السيد خليفة ، مراد على عيسى (2007) كيف يتعلم المخ ذو التخلف العقلي ، الإسكندرية ، دار الوفاء للطباعة والنشر .

ياسر بن محمود الفهد (2000) : استخدام حمية الغذاء الخالي من الجلوتين والكازين لمساعدة أطفال التوحد . الرياض : مجلة عالم الإعاقة ، 3، (51) .

يوسف القريوطى ، عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (1995) : المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات ، دار القلم .

يوسف بشير ، يعقوب البهبهانى (2004) : التوحد علاج الذاتوية بين الأمل والعون ، عمان ، دار رؤى .

ثانياً /المراجع الأجنبية

Apple,A, Billingsley ,F & Schwartz , (2005) : Effects of video modeling along and self management on compliment – giving behaviors of children with high functionong ASD.

Atkinson,M.& Hor mpy,G.(2002) mental health handbook for hools,ondon: Routledge Falmer.

Barly. A Phelips. W Rutter,M (1998): Assessing And Intervening in the Communication Environment British J .Of Learning Disabilities,26.pp 62-66.

155- Barry,T, Klinger, L,M. Lee,J, Palardy,N, Gilmore, T & Bodin,D (2003) : Exsamining The Effectiveness of on outpatient clinic Basedsocial skills Group for high – functioning children with Aiaorders joumal of Autism and Developmental Disorders, 33(6), 685-601.

Bergman, J. And Gerdyz. J(1998) the Early Years of autism national autistic.society,pp 25-49 .

Bower B., (2000): Gene Implicated in Deevelopment of Autism, Matyland, science News, 158(25) 39

Braymond, E. (2004). Learners with mild disabilities.New Yorc: pearsonEducation,Inc.

156- Biklin, D (2002) : Communication unbound : autism and proxis, Harvard educational review,(60), 10-20 .

157- Brill,M. (2001) : Keys to parenting the child with autism,secont edition, New York, Barron s educational series,Inc.– Brown. W (1996): Autism : Towards An Integration Of Clinical- Genetic AndNeurobiological perspectives , Journal Of Child Psychiatry (37)pp 89-126 .

158- Bruno, F. (1992) : the family encyclopedia of child psychology and development , New York,John Wiley & sons,Ins.

159- Cannon, N , L (2006) : the effects of floor time on cdmmunication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism MD,Miami university , faculty of Miami university . Oxford, OH .

- Choi,(2000) .Let,s play Children with Autism and Ther play partners Together. Pup schonell Special Education Ressearch Centre, University Queensland,Australia.

- connor,Mike,J,(2000): Autism: current Issues,Form the World WIDE Webhttp www.av.com.

160- Dawson , G , Toth ,K ,ostiling,J, A& Liaw,J,(2004) : Early social attention impairments in autism : sosial orienting, joint attention&attention to distress. Developmental psychology,40(2),27 1-283.

-Durand. M. & carr, E (1988) : Autism in Hand Book Of Development And Phusical Disabilities By Hasselt .V Strain,S And Hersen pergman press New York .

- Edelson – Stebhen – M (1998) : Evalustion Of A Mechanical Journal of A Mechanical Hand Support For Facuitiliated Communication Joyrnal of Autism – And Developmenttal – Disorders . vol 28 (2)p:153.

161- Emery, Melindaj (2004) : Art therapy as an intervention for autism Art Therapy . 24 (3) 143 – 147.

162- Eik eath, S. & smith T. (1997) : intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and ,A,Journal.of mental retardation,238-246 107: 330.

163- Fluberg,H. (2001) : Autistic childrens talk about psychological states Deficits in the early acquisition of theory ,63 (1) ,115-123.

- Frith, uta.(2007) :Autism : Explaining The Enigma Oxford : Blac Well publishing (Connor,Milc,J , 2000:p5).

164- Frith,U. (2003) : Autism Ezplaining the Enigma , second edition ,black well publishing.

165- Gabriels,Robin L (2003) : Art therapy with childrenwho have autismand their families MALOCHIDI,Cathya. (ED). Hand book of Art therapy. 193-206. New York. Us : Guiford,XVSI,64.

166- Gilleberg , C (1992) : The worled congress International Association for the scientific,study of Mental Deciclency 5th August,389. 167- Goldstein, H , & Thieman ,K (2000) : Effects of visually mediated intervention on the social communication of children of pervasive developmental disorders. Special education programs (ED-OSERS). Washington, D. C. – Goldestein G. Johnson C .and Minshew N. (2001) :Attentional processes in autism Jornal of autism and developmental disorders Vol. 31(14).pp433 – 439 .

- Goldestein M.,Kugo,S., Kusano,N., Meller,E., Dancis G., & Schwarcz,R.(1986): Abnormal psychology ezperiences origins and interventions little brown and company : Yoronto.

168- Grela, B & Mclaughlim, K (2006) : Focused stimulation for a

169- Hartman, C , Lutejn, E , Serra , M & Minideraa, R (2006) : Refinement of the children s social Behavior Questionnaire (CSBQ): an Instrument that Describes the Diverse problems seen in Milder forms of PDD. Journal of Autism and Development Disorders,36 (3) ,235-242.

170- Henley,David R (2002) : Blessings in disguise : ldiomayic expression as astimulus in group Art therapy with children. Art therapy . 17 (4), 270 – 275.

171- Hepburn, S & Stone, W (2006) : Using carey temperament scales to assess Behavioral style in children with autism spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmenttal disorders, 36 (1) 37-642.

172- Hawkins, S. (1994) : Mental Retadation Children Eric Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education Reston, VA. P (15). – Hart,C, (1993) : A parent Guide Autism . New York : simon & Schuster.

173- Howie, Paula.(2002) : Releasing thapped images children grapple , with the reality of the September 11 Attaks , presented at the AATA conference,24,244- 222. – Howlin, p. (1998) : Children with autism and asperger syndrome : A guide for practitioners and careers . New York, weinheim , John wiley & son.

174- Ivey, M, Heflin, L , & A lberto, p (2004) : the use of social stories to promote independent behaviors in novil events for children with PDD-NOS. focus ok Autism and other Developmental Disabilitise ,19 (3) ,164-176.

175- Jelven,M (2002) : A play based treatment model for improvin[the social play development of children with autism spectrun disorder PHD, university of Califomia. – Joseph , Pear ,Garry Martin (2004): Behavior Modification ,what Is And How To Do It,perntice Hall,Supper , saddle,New Jersey 0745538.

Julia, M.(2006) : Playing laughing and learning with children on the autism spectrun : Apractical resource of play ideas for parents and careers , secont publishers in the united Kingdon Jessica Kingsley published Ltd 116Bentonville Road,N19JB London , England.

- Kabot, S et al (2003) : Advancen in Diagnosis In Autism professional paychological Research and practice, VOL 343,No.1,pp.26-33 .

- Krantz, p. (2000) : Commentary : Interventions to facilitare socialization Journal of Autism and Developmental Disorders.30(5) ,411-413.

176- Karnerick, Thelamz & schimmel Bellaf. (1991) : worleds

Amacked by great Big snow flakes : Art therapy with an AutismBoy , The American Journal of Art therapy, 29.(1) 77:84.

177- Kevinl. B. (1995) : Developmental Definitons and policies In

(Encyclopedia of social work) 19 th ed, Washington, Nasopress Vol(15) P (713).

178- Kozlowska, Kasia & Hanny Lesley (2001): An Art therapy group for children traumatized by porental violence and separation , clinical child psychology and psychiatry,6, (1).

- Lepist,T. shestakova,A.Vanhala , R. Alku,p. and Nktnen R, Yaguchi,K.(2003) : Speech-sound selection auditory impairment in children with autism.

- Lewis , M And Volkmar . F (1990) : Clinical Aspects of Child And Adolescent Development Third Edition New York : Lea& Febiger .

- Lord , C And paul R (1998) : Language And Communication In Autism.

179- Longenecker,H. (2002) : Parent stress related to having a child with autism : Impact of educational programming. PHD, faculty of educational Institute.

180- Luria, W. (1983) : Language Intervention , Retarderded to Retarded Child Through Cognitive. Journal of special Education, vol (119). P (10).

181- Macintosh , K & Dissamayake, C (2006) : social skills and problem Behaviours in school Aged children with high – functioning Autism and Aspergers Disorder – journal of autism and Developmental Disorders, 36,1065 – 1076 .

182- Mangal S (2002) : Advanced Conductional Psychology 2nd ed, Prentice-Hall : New Delhi.– Margalit, M. (1990) , promoting classroom social slills for student with mental retardating within an experimental and control group design Exceptionality : A Research journal, 2 (4) , 195-204.

- Nichael, W. (1999) : Technology and student with MentalRetardation phD Assistant Directory Department of Research program Cevices Journal of Specific Education Teaching,14 (1) , 374-386.

- Mc Arthior – D Adamson –Lb (1996) :JointAction In preverbal Children: Autism And Developmental Language Disorder ,J.Autism Discord V (26) .

- Mcbrid P . Anne .EtAl (1998): Effects OF Diagnosis Reece and puberty On platelet Seroton in Levels InAutism AndMental Retardation journal .

- Michael , W . (1999) : Microsoft . (R) Encorta Encyclopedia 99.

183- Martin , Nicole (2008) : Assessing portrait drawings created By children and adolescenttswith autism spectrum disoder. Art therapy . 25 (1) ., 15 – 23.

184- National Research council (2001) : Education children with Autism , the National Academy of sciences , National academy press, Wasgington,DC.

- Nikopulos , C, ., and K eenan , M .,)2003) : social initiation in children with autism using video modeling Behavioral VOL. 18.pp., 87 – 108 .

185- Norris , C & Ddattilo , J (1999) : Evaluating effects of asocial story intervention on a young girl with autism . focus on autism and other developmental disabilities , 14 (3) , 188. 186 .

- Oglutree ,Billy., T , (1995) : An Innovative Language Treatment For A child with high Functing Autism Journal . Focus And Autism Behavior , VOL ,N (3) pp 902 – 928>

186- O Riordan , M & passettl , F (2006) : Discrimination in autism with in different sensory Modalities , journal of Autism and Developmental Disorders ,36 , 665 – 675 .

187- Osterling , Jand Dawson ,G. (1994) : Early Recognition of children with Autism , A study Birthday Home video Types , journal of Autism and Development Disorders , 24, (3) , 246 : 570.

- peterson , C. (2002) : Insight from pictures : the development of concepts of false drawing and false belief in children with deafness ,normal hearing and autism child Development ,73(5), 1442 – 1459.

188- Pearson ,D , Love Land , K , Lachar , D Red doch S , Man sour , R & Cleveland . L (2006) : Acomparison of behavioral and emotional Functioning in children and adolescents with autistic disorder and PDD –NOS . child Neuropsychology ,(12) ,321 – 333.

189- Reavis, S (2003) : social orienting as aconstract under lyingiong attention and imitation skills deficits in preschool children with autism. MD. University of North Carolina.

- Roeyers ,H. (1995) : A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interaction of children with a pervasive developmental disorder British Journal of special Education, 22 (4) ,Dec, 161-167.

190- Romano, J (2003) : Are social stories effective in modifying behavior in children with autism ? PHD. Fair Leigh Diskenson university.

-Ramberg, Ehlers . C & A Johnson M Gillberg (1996) : Language and programatic function in school age children on the Autism spectrum communication ,31 (4) : pp 378 – 413.

191- Rosen han, D , Seligman, M , (1995) : Abnormal psychology, Third edition , New York, Norton & company.

192- Ruble , L, A (2001) : Analysis of social interactions asgoaldirected behaviors in children with autism journal of autism and developmental disorders , 31 (5) , 471 – 482.

193- Ruffman, T , Gamham, W & Rideout , P (2001) : Sosial understanding in autism : eye gaze as a measure of core insights child psychol, 41 (8) , 1083 – 1094 .

194- Rutten – Saris, Marihke & Evans, Kathy (1999) : Emerging interactive Art therapy , paper in conference Autism 99, U. K http: //www.autism 99,org.

195-Scheuermam, B , webber, J. (2002) : Autismteaching does make a dfference Canada, wadasworth – Thomson learning.

196- Scott, J , Clark, C , Brady , M , (2000) : Students with autism , California, singular Publishing grup.

197- Siegel , B , (1996) : the world of the Autistic child , understanding and treating autistic spectrum DIS cordons, New York, oxford university press inc.

198- Silver , Henry , E. T (2006) : Corrigendum to brief emotion training emotions children with autism , pilot study psychiatry tesearch 129 (1) 147 – 154.

199- Stephens , L , Dieppa , M & Leblanc , B. (2006) : Erikson s model of psychosocial development with autistic children and connections to evidence – based nractices for no child left naner association of teacher educators philadelphia PA.

200- Sur , D , sue , D , sue , S. (1994) : Understanding Abnormal Behavior , fourth Edition , New York, Houghtom Mifflin company. 180- Thaut, M, (1992) : Music therapy with autistic children lnw Daris, K. Gfeiier , & M. that (eds) : Introduction to music Therapy : Theory and practice Dubuque.Indiana : William C. Brown puplishers, 186 – 196.

201- Travaglini, C (2001) : the social inter action skills of a preschool child with autism in an inchusive setting IMD, Califomia state university.

202- Thomas,C (1994) : Aguide to Developing Language Competence in pre – School – Children with Severe and Moderate Retardation and Developmental Disabilities, vol (68). Pp (615 – 660).

-Warreny, p ., Roeyers , H., & Groote , I . (2005) : Early social Communicative Behaviors of preschoolers with Autism Spectrum Disorder during Interaction With ther Mothers Autism the Intarmaional Journal of Research and practice 9 (4) ,342-361.

- West,J (1992) : Child Centered ply Therapy London Hadder & Stoughton.

- Wheeler,J.& Carter,s. (2003) : Using Visual Cues in the Classroom for Leamers with Autism as a Method for promotin[positive Behavior , B C Journal of special Education Vol. (21) , No (3) , p 64.

- Wing, L., (1995) : the autistic Continuum In. Buras (Ed) Ment 41he41thmental retadation (125) .Cambridg : Cambridge university press.

- Wolf – Scheming ,Enid (2000) : Teaching Autistic Chldren Speech with smile paper in Conference Autism 99, http // wwwAutism99/.Orgl.

- Wolf ,S.(1988): psychiatric disorder of childhood In Kendall, RE. Zealley AK(E.D) Companion to psychiatric studies. London: Churchill Livingstone.

-Willomsen – Swi (1997) :Case – Study – Cross- Gender preoccupy – Actions In Two Mal Children With Autism ,J A Dd v 26 (6) pp: 635 – 648.

203- Whalen , C, Schreibman, L & Ingersoll 13 (2006) : the collaterul effects of joint attention training on social Initiations, positive, Imitation and spontaneous speech for yaung children with Autism. Joumal of Autism and Developmental Disorders, 36, (1) , 655 – 664.